

SEZIONE 1		<input type="checkbox"/> Assistenza pubblica (PA) <input type="checkbox"/> Assistenza all'infanzia in sostituzione della PA <input type="checkbox"/> programma di Assistenza supplementare per l'alimentazione (SNAP) <input type="checkbox"/> Medicaid (MA) e SNAP <input type="checkbox"/> Medicaid (MA) e PA <input type="checkbox"/> Servizi (S), comprendenti affido (Foster care, FC) <input type="checkbox"/> Assistenza all'infanzia (Child Care Assistance, CC) <input type="checkbox"/> Solo assistenza d'emergenza (Emergency Assistance Only, EMRG)															
SEZIONE 2		QUAL È LA SUA LINGUA PRINCIPALE? <input type="checkbox"/> INGLESE <input type="checkbox"/> SPAGNOLO <input type="checkbox"/> ALTRO (specificare) _____		SI DESIDERA RICEVERE LE COMUNICAZIONI IN: <input type="checkbox"/> SOLO INGLESE <input type="checkbox"/> INGLESE E SPAGNOLO						SEZIONE 5							
SEZIONE 3		INFORMAZIONI SUL RICHIEDENTE								SI PREGA DI SCRIVERE IN STAMPATELLO E IN MODO CHIARO				QUALE DELLE SEGUENTI CONDIZIONI SI APPLICANO ALLA SUA SITUAZIONE?			
NOME		SECONDO NOME		COGNOME				STATO CIVILE		NUMERO DI TELEFONO () PREFISSO		<input type="checkbox"/> In stato di gravidanza 1 <input type="checkbox"/> Vittima di violenza domestica 2 <input type="checkbox"/> Necessita accertamento di parentela 3 <input type="checkbox"/> Necessita mantenimento per i figli 4 <input type="checkbox"/> Problemi di droga/alcol 5 <input type="checkbox"/> Interruzione di utenze/ rifornimento combustibili 6 <input type="checkbox"/> Senza fissa dimora/Senzatetto 7 <input type="checkbox"/> Incendio o altro disastro 8 <input type="checkbox"/> Privo di redditi 9 <input type="checkbox"/> Gravi problemi medici 10 <input type="checkbox"/> In attesa di sfratto 11 <input type="checkbox"/> Senza cibo 12 <input type="checkbox"/> Necessita affido 13 <input type="checkbox"/> Necessita assistenza all'infanzia 14 <input type="checkbox"/> Problemi con la lingua inglese 15 <input type="checkbox"/> Accomodamenti ragionevoli 16 <input type="checkbox"/> Altro _____ 17					
INDIRIZZO (VIA/PIAZZA)		NUM. APPARTAM.		CITTÀ				CONTEA		STATO		CODICE POSTALE					
PRESSO UN'ALTRA PERSONA (COMPILARE SE SI RICEVE LA POSTA ALL'INDIRIZZO DI UN'ALTRA PERSONA)																	
INDIRIZZO POSTALE (SE DIVERSO DAL PRECEDENTE)		NUM. APPARTAM.		CITTÀ				CONTEA		STATO		CODICE POSTALE					
DA QUANTO TEMPO ABITA AL PRESENTE INDIRIZZO?	ANNI	MESI	SI TRATTA DI UN CENTRO DI ACCOGLIENZA? <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	ALTRO TELEFONO A CUI È POSSIBILE CONTATTARLA		NOME		NUMERO DI TELEFONO () PREFISSO									
INDICAZIONI DELL'INDIRIZZO ATTUALE																	
INDIRIZZO PRECEDENTE		NUM. APPARTAM.		CITTÀ				CONTEA		STATO		CODICE POSTALE					
SE SI È ATTUALMENTE SENZA CASA, SELEZIONARE QUI <input type="checkbox"/>																	
AGENZIA CHE AIUTA IL RICHIEDENTE/PERSONA DI CONTATTO								NUMERO DI TELEFONO () PREFISSO									
È NECESSARIO MANTENERE RISERVATA LA PRESENTE DOMANDA NELLA PARTE IN CUI SI RICHIEDE MEDICAID E L'EVENTUALE RICEVUTA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA PER MEDICAID? <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO																	
SEZIONE 4 - Se si fa domanda per SNAP: È possibile presentare la domanda lo stesso giorno in cui si riceve il relativo modulo. Per presentare una domanda SNAP, si devono indicare, almeno, il nome, il cognome, l'indirizzo (se ne esiste uno) e la firma in calce del richiedente. È necessario completare la procedura per la domanda, che comprende la firma sull'ultima pagina di questa domanda e un colloquio. Se ritenuto idoneo/a, lei riceverà le prestazioni del programma SNAP a partire dalla data di presentazione della domanda. Lei ha diritto di essere informato/a se la domanda è stata accettata o respinta, entro 30 giorni dalla data della consegna (presentazione) della domanda per prestazioni SNAP. Se il proprio nucleo familiare ha un reddito molto basso o non ha un reddito o risorse contanti, oppure se le proprie spese di affitto e utenze sono superiori al reddito o ai contanti posseduti, si potrebbe avere diritto a ricevere le prestazioni SNAP entro cinque giorni di calendario dalla data di presentazione della domanda. Se lei risiede in istituto e presenta domanda prima di lasciare lo stesso, sia per Supplemental Security Income (SSI) e sia per prestazioni SNAP, allora la data di presentazione della domanda coincide con la data in cui è stato lasciato l'istituto.																	
FIRMA DEL RICHIEDENTE SNAP/RAPPRESENTANTE								DATA DELLA FIRMA									
x																	

SEZIONE 6 – INFORMAZIONI SUL NUCLEO FAMILIARE – Elencare tutti coloro che <u>vivono</u> con il richiedente, anche se non fanno domanda insieme a quest'ultimo. Inserire il proprio nome nella prima riga.													Questa persona (compresi figli minori) compra generi alimentari o prepara pasti insieme al richiedente? Il più alto livello d'istruzione raggiunto		Numero del Social Security dei membri del nucleo familiare che fanno domanda <i>(Vedere il manuale delle istruzioni, PUB-1301 Per tutto lo stato, o contattare il proprio distretto dei servizi sociali)</i>	Sì NO										
RI	N. RIGA	Nome, iniziali secondo nome, cognome							Questa persona fa domanda per:							Data di nascita: (mm/gg/aaaa)	Sesso: (M/F)	Identità di genere (facoltativo): <small>(Maschio, femmina, non binario, X, transgender, identità diversa [si prega di descrivere])</small>	Relazione con il richiedente:	Numero del Social Security dei membri del nucleo familiare che fanno domanda <small>(Vedere il manuale delle istruzioni, PUB-1301 Per tutto lo stato, o contattare il proprio distretto dei servizi sociali)</small>	Sì	NO				
									PA	SNAP	MA	CC	FC	S	EMRG											
	01																									
	02																									
	03																									
	04																									
	05																									
	06																									
	07																									
	08																									

SI PREGA DI INSERIRE IL NOME DA NUBILE O ALTRI NOMI CON CUI IL RICHIEDENTE O ALTRI MEMBRI DEL NUCLEO FAMILIARE SONO CONOSCIUTI	Num. riga	ONC	NOME	SECONDO NOME	COGNOME
	Num. riga	ONC	NOME	SECONDO NOME	COGNOME

QUALCUNO È STATO SANZIONATO?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> NO	SE SÌ, CHI	MOTIVO	DATA DI FINE
------------------------------	---	------------	--------	--------------

INFORMAZIONI SUL NON RICHIEDENTE							
N. RIGA	NOME	COGNOME	RESPONSABILE LEGALE		PER CHI?	CONTRIBUZIONE/ REDDITO STIMATO	SELEZIONARE SE È MEMBRO DI UN NUCLEO FAMILIARE SNAP
			Sì	NO			

INFORMAZIONI SUL NON-CITTADINO CON STATO D'IMMIGRAZIONE SODDISFACENTE										EDUCAZIONE PERSONALE				DA CONSIDERARE	
N. RIGA	STATO DI NON-CITTADINO	STATO DI IMMIGRAZIONE MODIFICATO		DATA DI INGRESSO/STATO			HA PRESENTATO DOMANDA DI CITTADINANZA		SPONSORIZZATO		N. RIGA	DIPLOMA RICEVUTO	N. RIGA	DIPLOMA RICEVUTO	✓ RINVIO DA RCA/RMA
		Sì	NO	MESE	GIORNO	ANNO	Sì	NO	Sì	NO					
											01		05		
											02		06		
											03		07		
											04		08		

N. RIGA	SEZIONE 7 – RAZZA/ETNIA – Tale informazione è facoltativa. Non avrà alcun effetto sull'ammissibilità delle persone che presentano la domanda o sul livello di prestazioni ricevute. Tale informazione serve per accertare che le prestazioni del programma siano erogate indipendentemente dalla razza, dal colore o dall'origine nazionale.							NUMERO IDENTIFICATIVO DEL CLIENTE	INSERIRE I CODICI APPROPRIATI								
	H	I	A	B	P	W	U		REL	SSN	SFUI	MS	SI	LA	EM	CI	EL
	INSERIRE S (Sì) O N (NO) PER RAZZA ISPANICA O LATINA								REL	SSN	SFUI	MS	SI	LA	EM	CI	EL
	INSERIRE S (Sì) O N (NO) PER CIASCUNA RAZZA																
H	I	A	B	P	W	U											
01																	
02																	
03																	
04																	
05																	
06																	
07																	
08																	
AZIONE FUTURA ANTICIPATA				TIPO PRATICA	NUMERI DI PRATICA CORRELATA			DA CONSIDERARE				RICHiesto	DOCUMENTAZIONE		AGLI ATTI		
NUM. RIGA	CODICE		DATA					✓ Relazione ✓ Unità che presenta la domanda ✓ Parente responsabile legale ✓ Unità economica singola ✓ Composizione del nucleo familiare SNAP ✓ Persona SNAP anziana/disabile ✓ Documento di identità con foto ✓ AFIS (solo per PA) ✓ CBIC/PIN ✓ RFI/OCA ✓ Assicurazione sanitaria	RICHiesto	DOCUMENTAZIONE		AGLI ATTI					
										DOCUMENTAZIONE							
										Documento di identità con foto							
										Verifica nascita							
				Certificato di matrimonio													
				Tessera Social Security													
				Risoluzione codice 9													
				Stato d'immigrazione													
				Avviso caso Multi-Suffix/Co-op (questionario unità economica singola)													
CODICE DEL PROCEDIMENTO DEL SERVIZIO DI IDONEITÀ											RICHiesto		DOCUMENTAZIONE		AGLI ATTI		
SFUI	CODICE	SFUI	CODICE					DOCUMENTAZIONE									
								Documento di identità con foto									
								Verifica nascita									
				Certificato di matrimonio													
				Tessera Social Security													
				Risoluzione codice 9													
				Stato d'immigrazione													
				Avviso caso Multi-Suffix/Co-op (questionario unità economica singola)													
RICHiesto				RINVII	COMPLETATO				RICHiesto			DOCUMENTAZIONE		AGLI ATTI			
				Legale						DOCUMENTAZIONE							
				Servizi						Documento di identità con foto							
				SSA						Verifica nascita							
				NYSOH						Certificato di matrimonio							
				Assistenza malattie croniche/relativo a SSI						Tessera Social Security							
				Solo MA						Risoluzione codice 9							
				Programma di Risparmi Medicare (Medicare Savings Program)						Stato d'immigrazione							
										Avviso caso Multi-Suffix/Co-op (questionario unità economica singola)							

Si prega di leggere con attenzione e per intero la presente pagina prima di compilarla. Per qualsiasi domanda, consultare il manuale delle istruzioni, (PUB-1301 Per tutto lo stato), o contattare il proprio distretto dei servizi sociali.

SEZIONE 8 – CITTADINO/NON-CITTADINO CON STATO DI IMMIGRAZIONE SODDISFACENTE	SEZIONE 9 – CERTIFICAZIONE			
<p>ELENCARE CHIUNQUE STIA FACENDO DOMANDA O SIA TENUTO A FARLA.</p> <p>Il richiedente deve compilare le Sezioni 8 e 9 se:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sta presentando domanda esclusivamente di Assistenza all'infanzia, ma deve inserire le informazioni solo per i minori che riceverebbero i servizi di assistenza all'infanzia. • Sta presentando domanda esclusivamente di Affidò, ma deve inserire le informazioni solo per i minori che riceverebbero il servizio di Affidò. • Sta presentando domanda per altri Servizi in circostanze determinate. 	<p>Alcuni programmi di servizi sociali prescrivono che il richiedente certifichi di essere cittadino statunitense, nativo americano o un nazionale statunitense, o un non-cittadino con stato d'immigrazione soddisfacente. Altri programmi non lo richiedono.</p> <p>SI DEVE firmare la Certificazione seguente solo se si è un cittadino statunitense, un nativo americano o un nazionale statunitense, o un non-cittadino con stato d'immigrazione soddisfacente e si presenta domanda di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assistenza pubblica (laddove nel nucleo familiare vi siano minori o un membro del nucleo familiare sia in stato di gravidanza), oppure • SNAP (Programma di assistenza supplementare per l'alimentazione), oppure • Medicaid (<u>eccetto</u> che la richiedente sia in stato di gravidanza), oppure • Assistenza all'infanzia (la certificazione è richiesta solo per i minori), oppure • Affidò (la certificazione è richiesta solo per i minori), oppure • Altri Servizi in determinate circostanze; • Assistenza al pagamento d'emergenza <p>Il membro adulto di un nucleo familiare o un rappresentante autorizzato può firmare per tutti i membri del nucleo familiare. <u>Esempio:</u> Un genitore senza uno stato di non-cittadino soddisfacente può firmare per suo figlio che abbia uno stato di non-cittadino soddisfacente.</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width:33%; text-align: center;">RICHIESTO</td> <td style="width:33%; text-align: center;">RINVII Verifica sistematica dei diritti dello straniero (Systematic Alien Verification for Entitlements, SAVE)</td> <td style="width:33%; text-align: center;">COMPLETATO</td> </tr> </table>	RICHIESTO	RINVII Verifica sistematica dei diritti dello straniero (Systematic Alien Verification for Entitlements, SAVE)	COMPLETATO
RICHIESTO	RINVII Verifica sistematica dei diritti dello straniero (Systematic Alien Verification for Entitlements, SAVE)	COMPLETATO		

<p>Una domanda per SNAP deve elencare tutte le persone conviventi nel nucleo familiare SNAP. Una domanda per PA deve elencare tutti i minori per i quali si presenta la domanda, i loro fratelli e sorelle e tutti i genitori di quei minori che vivono insieme. Se una persona nell'elenco non viene indicata come cittadino statunitense, nazionale statunitense o non-cittadino con stato d'immigrazione soddisfacente, o non si indica un numero (Alien Registration Number) dei Servizi per la cittadinanza e l'immigrazione U.S.A. (U.S. Citizenship and Immigration Services, USCIS) oppure un eventuale numero di non-cittadino, quella persona non riceverà le prestazioni assistenziali e i rimanenti membri del nucleo familiare riceveranno prestazioni assistenziali in misura ridotta. Se si è un Nativo americano, selezionare cittadino/nazionale.</p>	<p>NELLA CASELLA SOTTOSTANTE APPORRE FIRMA* E DATA PER CIASCUN RICHIEDENTE.</p> <p>In caso di domanda da parte di un non-cittadino con stato d'immigrazione soddisfacente, selezionare uno o più programmi per i quali il non-cittadino abbia uno stato d'immigrazione soddisfacente. (Consultare il manuale di istruzioni Pub-1301 Per tutto lo stato)</p>
--	--

N. RIGA	NOME	MI	COGNOME	Selezionare "CITTADINO / NAZIONALE" o "NON-CITTADINO" per ciascuna persona.		NUMERO USCIS (ALIEN REGISTRATION NUMBER) O NUMERO NON-CITTADINO (Se applicabile)	CERTIFICAZIONE	DATA	P	S	N	A	M	C	C	F	C	S	E	M	R	G	
				<input type="checkbox"/> CITTADINO/ NAZIONALE	<input type="checkbox"/> NON-CITTADINO																		
01				<input type="checkbox"/> CITTADINO/ NAZIONALE	<input type="checkbox"/> NON-CITTADINO	A	Firma X																
02				<input type="checkbox"/> CITTADINO/ NAZIONALE	<input type="checkbox"/> NON-CITTADINO	A	Firma X																
03				<input type="checkbox"/> CITTADINO/ NAZIONALE	<input type="checkbox"/> NON-CITTADINO	A	Firma X																
04				<input type="checkbox"/> CITTADINO/ NAZIONALE	<input type="checkbox"/> NON-CITTADINO	A	Firma X																
05				<input type="checkbox"/> CITTADINO/ NAZIONALE	<input type="checkbox"/> NON-CITTADINO	A	Firma X																
06				<input type="checkbox"/> CITTADINO/ NAZIONALE	<input type="checkbox"/> NON-CITTADINO	A	Firma X																
07				<input type="checkbox"/> CITTADINO/ NAZIONALE	<input type="checkbox"/> NON-CITTADINO	A	Firma X																
08				<input type="checkbox"/> CITTADINO/ NAZIONALE	<input type="checkbox"/> NON-CITTADINO	A	Firma X																

Selezionando una casella sovrastante e firmando la certificazione di cui alla Sezione 9, dichiaro con il presente atto, sotto pena di falsa testimonianza, che io e/o la persona/le persone per cui sto apponendo la firma, siamo cittadini statunitensi, nativi americani o nazionali statunitensi o non-cittadini con stato d'immigrazione soddisfacente. Sono consapevole che la firma della presente Certificazione potrebbe comportare l'invio delle informazioni sui richiedenti membri del mio nucleo familiare ai Servizi per la cittadinanza e l'immigrazione degli Stati Uniti d'America (United States Citizenship and Immigration Services, USCIS), a fini di verifica dell'eventuale stato di non-cittadino. L'uso o la divulgazione delle suddette informazioni è limitato alle persone e alle organizzazioni connesse in modo diretto alla verifica dello stato di cittadinanza e agli enti amministrativi o competenti dell'esecuzione delle disposizioni relative ai programmi di Assistenza pubblica, Assistenza supplementare per l'alimentazione, Medicaid, Assistenza all'infanzia, Affidò e Servizi.

*Qualora chi desideri firmare la Certificazione non sia in grado di scrivere può apporre il segno di una "X" sulla riga alla presenza di un testimone. Il testimone deve firmare in calce.

Sono stato testimone dei segni tracciati sulle righe: _____ Firma del testimone: _____ Data della firma: _____

SEZIONE 10 – INFORMAZIONI SUL RINVIO ALL'UNITÀ PER L'ESECUZIONE DELLE PRESTAZIONI PER IL MANTENIMENTO DEI FIGLI

Questa sezione non va compilata e non è necessario richiedere le spese per il mantenimento dei figli, qualora si presenti domanda esclusivamente di assistenza all'infanzia. Se, oltre alla domanda di Assistenza pubblica o di Assistenza supplementare per l'alimentazione (SNAP), il richiedente sta presentando domanda anche per ricevere Medicaid, potrebbe dover cooperare con noi al fine di ottenere le prestazioni per spese mediche per se stesso e per i propri figli richiedenti. Si prega di rispondere alle seguenti domande per stabilire se è necessario compilare questa sezione. Se opportuno, includere se stessi:

1. Si sta presentando domanda per una persona minore di 21 anni, nata fuori dal matrimonio e la cui linea di parentela legale non è stata accertata? Sì No
2. Si sta presentando domanda per una persona minore di 21 anni, con un genitore assente (un genitore non affidatario)? Sì No

Non occorre compilare la presente sezione se si è risposto "No" a entrambe le domande. Passare alla Sezione 11.

È necessario compilare la presente sezione se si è risposto "Sì" a una o a entrambe le domande. Inserire i nomi delle persone minori di 21 anni per cui si sta presentando domanda e qualsiasi informazione di cui si è attualmente in possesso relativa ai loro genitori non affidatari o presunti.

3. Lei ha meno di 21 anni? Sì No

Se si è risposto "Sì" a questa domanda, fornire le informazioni relative ai propri genitori non affidatari o presunti.

L'ottenimento dell'assistenza è condizionato al rispetto dell'obbligo di cessione di determinati diritti relativi al mantenimento, come descritto in fondo alla presente domanda nella sezione Comunicazioni, cessioni, autorizzazioni e consensi. Verrà fornito il modulo LDSS-5145, "Rinvio ai servizi per il mantenimento dei figli" da compilare e restituire all'Unità per l'esecuzione delle prestazioni per il mantenimento dei figli. Fatta eccezione per i casi di violenza domestica o altra giusta causa, l'ottenimento dell'assistenza è condizionato al rispetto dell'obbligo di cooperare con l'Unità per l'esecuzione delle prestazioni per il mantenimento dei figli nell'individuare genitori non affidatari o presunti; nell'accertare la parentela legale per persone minori di 21 anni nate fuori dal matrimonio; nel promuovere, modificare e/o far eseguire ordinanze per il mantenimento. Le verrà anche fornito il modulo LDSS-4279, "Comunicazione dei diritti e dei doveri relativi al mantenimento" che spiega i suoi diritti e doveri qualora lei non cooperi con l'Unità per l'esecuzione delle prestazioni per il mantenimento dei figli.

RICHIESTO	DOCUMENTAZIONE	AGLI ATTI
	Riconoscimento di parentela o paternità	
	Ordinanza per il mantenimento dei figli	
	Modulo giusta causa (LDSS-4279)	
	Attestato IV-D (LDSS-4281)	
	Certificato di morte	
	Sentenza di divorzio	
	Prestazioni VA	
	Ordinanza sulla filiazione/paternità/parentela	
	Certificato di nascita	
RICHIESTO	RINVII	COMPLETATO
	CTHP	
	CAP	
	Rinvio ai servizi per il mantenimento dei figli (LDSS-5145)	
	Parentela/paternità	
DA CONSIDERARE		
<input checked="" type="checkbox"/>	Assicurazione sanitaria del genitore non affidatario/coniuge assente	<input checked="" type="checkbox"/> Child Health Plus
<input checked="" type="checkbox"/>	Istanza al tribunale della famiglia	<input checked="" type="checkbox"/> TASA
		<input checked="" type="checkbox"/> SSI/SSA

NOME DI PERSONA MINORE DI 21 ANNI	NOME E INDIRIZZO DEL GENITORE NON AFFIDATARIO O DEL GENITORE PRESUNTO	DATA DI NASCITA DEL GENITORE NON AFFIDATARIO O DEL GENITORE PRESUNTO			NUMERO DI SOCIAL SECURITY DEL GENITORE NON AFFIDATARIO O DEL GENITORE PRESUNTO
		MESE	GIORNO	ANNO	
A.					
B.					
C.					
D.					
E.					

SEZIONE 15 – INFORMAZIONI SUL REDDITO:																		
Si prega di indicare se il richiedente o altre persone conviventi ricevono denaro da:							SI	NO	CHI	IMPORTO/VALORE E FREQUENZA	CHI	IMPORTO/VALORE E FREQUENZA	CD	REDDITO				
													Num. riga	CODICE FONTE	IMPORTO		PERIODO	
Prestazioni assicurative per disoccupazione							1						49					
Prestazioni (Totale statale e federale) per reddito supplementare di previdenza (Supplemental Security Income, SSI)							2						45					
Prestazioni previdenza sociale per disabilità (Social Security Disability, SSD)							3						42					
Prestazioni previdenza sociale per persona a carico							4											
Prestazioni previdenza sociale per superstite							5						43					
Prestazioni previdenza sociale per pensionamento							6						44					
Prestazioni per pensionamento personale delle ferrovie							7						38					
Prestazioni pensionistiche (Pensioni)							8						39					
Dividendi/ Interessi per azioni, obbligazioni, risparmi, ecc.							9						03					
Indennizzo per infortunio del lavoratore							10						59					
Prestazioni per disabilità dello Stato di New York							11						33					
Pensioni/Prestazioni/Sussidi e accompagnamento per veterani di guerra							12						55					
Sovvenzione per assistenza pubblica							13						37					
Quote per persone a carico GI (GI Dependency Allotments)							14						10					
Borse di studio e prestiti per studenti							15											
Contributi/regali (ricevuti)							16											
Pagamenti per affido (ricevuti)							17											
Pagamenti per mantenimento figli (ricevuti)							18						06					
Ricevuto da:																		
Mantenimento coniuge (ricevuto)							19						02					
Assicurazione privata per disabilità - Reddito da polizza assicurativa medica/per sinistri							20											
Prestazioni assicurative senza colpa (No-Fault Insurance Benefits)							21						50					
Prestazioni sindacali (comprese quelle per sciopero)							22											
Prestiti diversi da quelli per scopi d'istruzione (ricevuti)							23											
Reddito proveniente da un trust (comprendente il reddito che il richiedente ha diritto di ricevere, o aveva diritto di ricevere in passato, e che non è stato distribuito)							24											
Quote/stipendi per la formazione							25						31					
Reddito da locazione (ricevuto)							26						14					
Reddito da pensionanti/ inquilini (ricevuto)							27											
Altro tipo di reddito																		
(Si prega di specificare)																		

DA CONSIDERARE

- Disattendere/esentare mantenimento figli
 - Motivato Stanziato
- Indicatore di anziano/disabile SNAP
- Verifica disabilità
- Sovvenzione per ricezione e collocamento (solo SNAP)
- Sovvenzione per il ricollocamento dei rifugiati (Refugee Matching Grant)

Deduzioni: Alcuni tipi di stanziamento di Medicaid permettono ai richiedenti/beneficiari di ridurre il loro reddito imponibile con deduzioni applicate alle loro tasse federali. Si tratta di spese specifiche che l'Agenzia delle entrate (Internal Revenue Service, IRS) permette alle persone di dedurre, per ridurre il loro reddito tassabile. Si prega di indicare qui le deduzioni solo se saranno riportate nella dichiarazione dei redditi di quest'anno.	SI	NO	CHI	IMPORTO/VALORE E FREQUENZA	CHI	IMPORTO/VALORE E FREQUENZA
Spese per istruzione	1					
Deduzione pensionamento individuale (Individual Retirement Account, IRA)	2					
Deduzione interessi del prestito per studenti	3					
Rette e tasse scolastiche	4					
Spese per determinate attività di lavoro (riservisti, artisti, funzionari governativi pagati dal pubblico [fee-based government officials]).	5					
Deduzione del conto di risparmio per le spese mediche (Health savings account)	6					
Spese di trasloco per motivi di lavoro	7					
Parte deducibile dell'imposta sul lavoro autonomo (S/E)	8					
Piani S/E, SIMPLE e qualificati	9					
Deduzione assicurazione sanitaria S/E	10					
Penale per ritiro anticipato dei risparmi	11					
Alimenti pagati	12					
Deduzione per attività di produzione domestica	13					
Ulteriori adeguamenti aggiunti alla riga 36 (solo modulo IRS 1040)	14					
Deduzione conto di risparmio per spese mediche Archer (Archer MSA)	15					
Altri adeguamenti (Si prega di specificare)						

SEZIONE 16 – INFORMAZIONI SULLO SPONSOR DI UN GENITORE ACQUISITO/NON-CITTADINO CON STATO DI IMMIGRAZIONE SODDISFACENTE

Si prega di rispondere a tutte le domande elencate di seguito.

	SI	NO	CHI?
Il genitore acquisito di minori che vivono con lei possiede risorse o riceve un reddito di qualsiasi tipo?			
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.?			

NOME DELLO SPONSOR: _____ NUM. TELEFONO: _____

INDIRIZZO: _____

RICHIESTO	RINVIO	COMPLETATO
	UIB	

SEZIONE 17 – INFORMAZIONI SULLA POSIZIONE LAVORATIVA

Allo stato attuale io sono: impiegato lavoratore autonomo disoccupato
 Reddito lordo \$ _____ Ore mensili lavorate _____
 (Includere stipendi, salario, retribuzione per straordinari, commissioni e mance)
 Pagato: A settimana Ogni due settimane Al mese Giorno della settimana per il pagamento: _____
 Nome e indirizzo del datore di lavoro: _____ **1**
 _____ Num. telefono _____

Al momento attuale, chi vive con il richiedente è: impiegato lavoratore autonomo
 Chi: _____
 Reddito lordo \$ _____ Ore mensili lavorate _____
 Pagato: A settimana Ogni due settimane Al mese Giorno della settimana per il pagamento: _____ **2**
 Nome e indirizzo del datore di lavoro: _____
 _____ Num. telefono _____

Il richiedente può ottenere l'assicurazione sanitaria tramite il proprio datore di lavoro? Si No
 Chi vive con il richiedente possiede l'assicurazione sanitaria tramite il datore di lavoro? Si No
 Chi: _____ **3**
 Nome della compagnia assicuratrice _____

Il richiedente o altre persone conviventi sostengono spese per la cura di bambini o di persone a carico in conseguenza del proprio impiego lavorativo? Si No
 Chi: _____ **4**

Il richiedente o altre persone conviventi sostengono altre spese dovute al proprio impiego lavorativo? Si No
 Chi: _____ **5**

RICHIESTO	DOCUMENTAZIONE	AGLI ATTI
	CINTRAK/RFI/IRCS	
	1099	
	Verifica posizione lavorativa	
	Dichiarazione delle tasse sul reddito	
	Scheda lavoro autonomo	
	Cedolini dello stipendio	
	Modulo di registrazione lavorativa	
	Modulo/dichiarazione assistenza persona a carico/minore	
	Approvazione di chi assiste il minore in modo informale	

RICHIESTO	RINVII	COMPLETATO
	CAP	
	Disabilità	
	Impiego	
	TPHI/COBRA	
	UIB	
	Indennizzo infortunio del lavoratore	
	Droga/Alcol	
	Violenza domestica	
	Assistenza economica per rifugiati	

- | DA CONSIDERARE |
|--|
| ✓ Competenza limitata della lingua inglese |
| ✓ Credito d'imposta sul reddito da lavoro (Earned Income Tax Credit, EITC) (vedere PUB-4786) |
| ✓ Requisiti per il resoconto periodico esplicitivo |
| ✓ Perdita netta di reddito |
| ✓ P.A.S.S. (programma per raggiungere l'autosufficienza) Reddito Importo e Fonti |
| ✓ Sanzioni lavorative |
| ✓ Impiego temporaneo |
| ✓ Verifica disabilità |
| ✓ Conto di sviluppo individuale (Individual Development Account, IDA) |
| ✓ Dimissioni volontarie |

SEZIONE 18 – EDUCAZIONE/FORMAZIONE

Qual è il più alto livello d'istruzione completato dal richiedente?
 ___ Inferiore al diploma di scuola superiore
 In tal caso, qual è l'ultima classe completata? _____
 ___ Completamento di un programma con piano di istruzione personalizzato (IEP)
 ___ Diploma di scuola superiore o altro titolo equipollente (General Equivalency Diploma, GED) or test di valutazione del completamento degli studi secondari (Test Assessing Secondary Completion, TASC™) **1**
 ___ Diploma di laurea Associate (Associate's Degree, diploma di college biennale)
 ___ Diploma di laurea Bachelor (Bachelor's Degree, diploma di college quadriennale)

RICHiesto	DOCUMENTAZIONE	AGLI ATTI
	Verifica frequenza scolastica (LDSS-3708)	
	Scheda borsa di studio scolastica	
	Dichiarazione assistenza all'infanzia	

RICHiesto	RINVII	COMPLETATO
	Servizi di supporto	

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? Sì No **2**
 Se la risposta è sì, chi è? _____
 Diploma conseguito: _____
 Data del completamento: _____

DA CONSIDERARE	Sì	NO
Qualcuno tra i 18 e i 49 anni, che frequenta il college in modo part-time o in modo più assiduo, rientra nei criteri di idoneità del programma SNAP per gli studenti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualcuno paga le spese per l'assistenza dei minori o delle persone a carico, al fine di frequentare la scuola o il corso di formazione?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
È presente un genitore dai 16 ai 19 anni che non ha conseguito un diploma di scuola superiore o equivalente e non sta frequentando la scuola?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualcuno sta frequentando un corso di formazione?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sono presenti altri servizi di supporto adeguati?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vi sono spese correlate alla formazione?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si prega di indicare se il richiedente o altre persone conviventi che richiedono o ricevono assistenza:

Partecipano o hanno partecipato a un programma di formazione? Sì No **3**
 Chi _____
 Dove _____
 Programma _____
 Date di frequenza _____
 Date di completamento _____

Hanno compiuto 16 anni o più e stanno frequentando la scuola o il college? Sì No **4**
 Chi _____
 Dove _____

Hanno compiuto 16 anni o più e stanno frequentando la scuola? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
Chi _____	Chi _____
A scuola _____	Scuola _____ 5
Chi _____	Chi _____
A scuola _____	A scuola _____

SEZIONE 19 – INFORMAZIONI SULLE RISORSE										
Si prega di indicare se il richiedente o altre persone conviventi che stanno facendo domanda hanno:		SI	NO	CHI	IMPORTO/VALORE	CHI	IMPORTO/VALORE	RICHIESTO	RINVIO	COMPLETATO
Denaro contante		1							Legale	
Uno o più conti correnti		2							Risorse	
Uno o più conti di risparmio o certificati di deposito		3								
Uno o più conti del credito cooperativo		4								
Un'assicurazione sulla vita		5								
La proprietà di uno o più veicoli a motori o li hanno immatricolati o hanno altri tipi di veicoli: Anno _____ Marca/Modello _____ Anno _____ Marca/Modello _____ Altro _____		6						ASSICURAZIONE SULLA VITA		
Azioni, obbligazioni, certificati o fondi comuni d'investimento		7						IMPORTO NOMINALE	VALORE CORRENTE	
Certificati di risparmio		8								
Uno o più conti IRA, Keogh, 401(k) o a corrispettivo differito		9								
Un fondo irrevocabile per le spese funebri		10								
Un fondo per le spese funebri		11								
Uno spazio cimiteriale		12								
Un'abitazione di proprietà		13						RICHIESTO	DOCUMENTAZIONE	AGLI ATTI
Proprietà immobiliari, tra cui proprietà che producono reddito e proprietà che non producono reddito		14							Lista di controllo delle risorse	
Diritto al rimborso di imposte sul reddito		15							Valore di mercato	
Una rendita annuale		16							Nulla osta del DMV	
Sono beneficiari di un trust		17							Estratto conto bancario	
Sono in attesa di ricevere un trust, un pagamento di somme dovute per accordo di transazione di causa giudiziale, un'eredità o un reddito proveniente da altre fonti		18							Cessione dei ricavi	
Uno o più conti fiduciari		19							Proprietà di automobile/veicolo	
Una o più cassette di sicurezza		20							Immatricolazione automobile/veicolo (modelli più vecchi)	
Risorse diverse da quelle sopra riportate		21							Nulla osta bancario	
Negli ultimi 36 mesi, qualcuno (compreso il coniuge e anche se non sta facendo domanda o non convive con il richiedente) ha alienato denaro contante o venduto/trasferito proprietà immobiliari, redditi o proprietà personale?		22							RFI/OCA	
Qualcuno (compreso il coniuge e anche se non sta facendo domanda o non convive con il richiedente) ha mai costituito un trust in passato o trasferito beni in un trust negli ultimi 60 mesi? Se sì, quando? _____		23							1099	
INFORMAZIONI SUL VEICOLO										
ANNO	MARCA	MODELLO	NOME DEL PROPRIETARIO	SOMMA DA PAGARE	VALORE NADA	ESENTE		TITOLARE DELLA GARANZIA REALE	NUM. CONTO	
						SI*	NO			
				\$	\$					
				\$	\$					

DA CONSIDERARE

- ✓ Risorse per i minori
- ✓ Somma forfettaria
- ✓ Imbarcazioni, caravan, motoslitte
- ✓ Conto di sviluppo individuale (Individual Development Account, IDA)
- ✓ Veicoli esentati

*SE ESENTE, PER QUALE MOTIVO?

SEZIONE 20 – INFORMAZIONI MEDICHE				RICHIESTO	DOCUMENTAZIONE	AGLI ATTI
Indicare se il richiedente o altre persone conviventi che stanno facendo domanda:	Sì	NO	SE SÌ, CHI		Certificato di gravidanza	
Hanno fatture o spese mediche 1					Certificato medico/psichiatrico	
Hanno Medicaid con programma spend-down 2					Esame droga/alcol (LDSS-4571)	
Hanno un'assicurazione sanitaria/per sinistri (comprendendo l'assicurazione attraverso il datore di lavoro) 3				NUM. POLIZZA: IMPORTO FREQUENZA DEL PAGAMENTO:	Certificato Droga/Alcol	
Hanno un'assicurazione sanitaria tramite il datore di lavoro 4				NOME DELLA COMPAGNIA ASSICURATRICE	Fatture mediche pagate o non pagate	
Hanno Medicare (tessera rossa, bianca e blu) 5				CHI È COPERTO DALLA POLIZZA:	Verifica domanda SSI (SOLO PA)	
Hanno personale sanitario/infermiere domiciliare 6				DATA DI DECORRENZA:	DA CONSIDERARE	
Sono ciechi, malati o disabili 7				La risposta alla domanda 7 della presente sezione è coerente con la sezione 17, che chiede se il richiedente o altre persone adulte conviventi nel nucleo familiare hanno un problema di salute che limita la propria capacità lavorativa o il tipo di lavoro che possono svolgere?	<input checked="" type="checkbox"/> Correlato AD/SSI <input checked="" type="checkbox"/> Indicatore di anziano/disabile SNAP <input checked="" type="checkbox"/> Deduzione medica SNAP <input checked="" type="checkbox"/> Rimborso TPHI <input checked="" type="checkbox"/> Idoneità buy-in <input checked="" type="checkbox"/> Kreiger (LDSS-3664) <input checked="" type="checkbox"/> Violenza domestica <input checked="" type="checkbox"/> Rinvio SSI <input checked="" type="checkbox"/> Credito sul reddito da lavoro	
Sono minori con disabilità dello sviluppo 8					RICHIESTO	RINVII
Sono in ospedale, in una residenza sanitaria assistenziale o in altro istituto sanitario 9					SSI (D-CAP)	
Hanno delle fatture mediche pagate o non pagate nei tre mesi antecedenti il mese in cui si è consegnata la presente domanda 10					Colloquio disabilità (LDSS-1151)	
Sono oppure sono stati dipendenti da droghe o alcol? 11					Relazione medica (LDSS-486, 486t)	
Necessitano di assistenza domiciliare/cura alla persona 12					Relazione disabilità	
Sono in un programma SSI o hanno mai fatto domanda di SSI 13					AD	
Sono in stato di gravidanza Se in stato di gravidanza, la data presunta del parto è: _____ Numero di nascite previste: _____ 14					TPHI	
Ricevono un trattamento di un programma per abuso di droghe o alcol 15					ACCES-VR	
Non sono stati in grado di lavorare per almeno 12 mesi a causa di disabilità o malattia 16					CTHP	
Hanno una limitata attività quotidiana a causa di una disabilità o una malattia che è durata o durerà per almeno 12 mesi 17					Pianificazione familiare	
Negli ultimi due anni hanno subito un incidente automobilistico o un infortunio sul lavoro 18					SSA (RSDI)	
Hanno delle fatture mediche che sono state pagate da un'agenzia governativa (un programma pubblico) a parte Medicaid o Medicare Se la risposta è sì, il nome dell'agenzia è _____ 19					Assegni di veterano	
La fatturazione delle spese ad altra compagnia assicurativa sanitaria potrà danneggiare la salute psicofisica o la sicurezza del richiedente e/o interferire con la privacy e la riservatezza della sua domanda o del documento di ricevimento di Medicaid? 20					Assistenza veterani	
					Child Health Plus	
					Idoneità COBRA	
					Servizio di aiuto infermiera	
					Assistenza domiciliare	
					NYSOH	
					Solo MA (DOH-4220)	
					Assistenza correlata a SSI/malattia cronica (DOH-4220 con allegato A)	
					LDSS-4526 o equivalente locale	

MEDICAID RETROATTIVO	CHI	DATA	SPESE MEDICHE RICORRENTI	CHI	IMPORTO \$		

FATTURE MEDICHE: SÌ NO TPHI: SÌ NO

SCELTA DEL PIANO SANITARIO

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. Si prega di usare questa sezione per scegliere un piano sanitario. Se non si conoscono i piani sanitari disponibili, chiedere a un operatore o chiamare il numero 1-800-505-5678.

Nome del Piano a cui ci si sta iscrivendo	Cognome	Nome	Data di nascita mm/gg/aaaa	Sesso M/F	Num. ID (sulla tessera Medicaid, se si possiede)	Numero del Social Security (Facoltativo se incinta)	Medico di base (Primary Care Provider, PCP) o centro medico (selezionare la casella se è quello attuale)	Nome e num. ID del OST./GINEC. (selezionare la casella se è il medico attuale)
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SEZIONE 21 – SISTEMAZIONE ABITATIVA			
COME SI CHIAMA IL SUO PROPRIETARIO DI CASA? _____			
QUAL È L'INDIRIZZO DEL SUO PROPRIETARIO DI CASA? _____ _____ _____			
QUAL È IL NUMERO DI TELEFONO DEL SUO PROPRIETARIO DI CASA? () _____			
	SÌ	NO	SE SÌ, INDICARE L'IMPORTO
Il richiedente o altre persone conviventi hanno una locazione, un mutuo o altre spese per l'alloggio?			\$ _____
Il richiedente o altre persone conviventi ricevono la bolletta per il riscaldamento in modo separato dal canone di locazione o da altre spese per l'alloggio?			\$ _____

COSTI DELL'ALLOGGIO		COSTO MENSILE ATTUALE
A. Vitto e alloggio		
B. Locazione		
C. Locazione del lotto per il caravan		
D. Pagamento mutuo		
1. Principale		
2. Interessi		
3. Tassa di proprietà (compresa la tassa per la scuola)		
4. Assicurazione del proprietario di casa (comprensiva di assicurazione contro l'incendio)		
5. Tasse comprese nel mutuo (pagamento deposito in garanzia)		
6. Verifiche impianti (fognatura, ecc.)		
E. Pagamento totale mutuo (righe da 1 a 6)		
TOTALE (Righe da A a E)		

RICHIESTO	DOCUMENTAZIONE	AGLI ATTI
	Dichiarazione del proprietario di casa	
	Ricevuta della locazione	
	Inquilino titolare del contratto di locazione (tenant of record)	
	Titolare delle utenze (customer of record)	
	Restrizione volontaria	
	Restrizione obbligatoria	
	Alloggio sovvenzionato	
	Ricerca mutuo/proprietà	
	Locazione Sezione 8 o Dichiarazione ufficio Sezione 8	
	Proprietà/garanzia reale	
	Contratto di rimborso abitazione/utenze	
DA CONSIDERARE		
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Restrizione delle utenze e/o del combustibile ✓ Garanzia per utenze ✓ HEAP ✓ Il canone per alloggio sovvenzionato potrebbe presentare il canone di locazione totale e NON la somma dovuta dal cliente ✓ Agevolazioni ulteriori correlate ad affido ✓ Norme sulla composizione del nucleo familiare SNAP ✓ Indicatore di anziano/disabile SNAP ✓ Credito d'imposta sui beni immobili ✓ Agevolazione per alloggio di emergenza AIDS/HIV ✓ Garanzia reale proprietà ✓ Se le spese per l'alloggio/locali abitativi sono condivise da più di un nucleo familiare 		

SEZIONE 21 – SISTEMAZIONE ABITATIVA (SEGUE)			
Il richiedente o altre persone conviventi sostengono le seguenti spese in modo separato dal canone di locazione o da altre spese per l'alloggio?	SI	NO	SE SI, INDICARE L'IMPORTO
Elettricità (per necessità diverse dal riscaldamento: illuminare, cucinare, avere acqua calda, ecc.)	1		\$
Gas naturale (per necessità diverse dal riscaldamento; per esempio: cucinare, avere acqua calda, ecc.)	2		\$
Acqua	3		\$
Aria condizionata	4		\$
Propano (per necessità diverse dal riscaldamento)	5		\$
Fognatura	6		\$
Immondizia	7		\$
Altre utenze e spese Specificare _____	8		\$
Il richiedente abita in un alloggio pubblico?	9		
Il richiedente abita in un alloggio ai sensi della sezione 8, HUD, o altro alloggio sovvenzionato?	10		
Il richiedente abita in un centro per il trattamento delle tossicodipendenze/abuso di alcol?	11		

***Selezionare il tipo principale di riscaldamento:**

- Gas naturale Petrolio Elettrico PSC Carbone Altro _____
 Kerosene Propano Elettrico municipale Legno

SPESE MENSILI	COSTO MENSILE ATTUALE	NOME DEL FORNITORE	NUMERO CONTO	NOME DEL TITOLARE DELLA FATTURA UTENZA (TITOLARE UTENZE)	CHI È L'INQUILINO TITOLARE DEL CONTRATTO DI LOCAZIONE?
A. Riscaldamento*					
B. Elettricità (per cucinare, illuminare, avere acqua calda)					
C. Gas (per cucinare e avere acqua calda)					
D. Gas propano liquido					
E. Altre utenze e spese					
F. Aria condizionata					
G. Spese di installazione utenze					
H. Fognatura					
I. Immondizia					
J. Acqua					

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE			
SEZIONE 22 – ALTRE SPESE			
Indicare se il richiedente o altre persone conviventi che stanno facendo domanda:	SI	NO	SE SI, INDICARE L'IMPORTO
Pagano il mantenimento per i figli	1		\$
Pagano il mantenimento del coniuge	2		\$
Pagano per l'assistenza del minore	3		\$
Pagano per l'assistenza della persona a carico	4		\$
Versano quote, rette scolastiche o altre spese per l'istruzione	5		\$
Sostengono ulteriori spese (per esempio: pagamento dell'automobile, dell'assicurazione dell'auto, rimborso di addebiti su carta di credito e altri pagamenti per prestiti di denaro, ecc.) Specificare: _____	6		\$
Il richiedente o altre persone conviventi che stanno facendo domanda devono pagare almeno quattro mesi di mantenimento per un figlio minore di 21 anni?	7	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

FREQUENZA DEL PAGAMENTO	OBBLIGATO LEGALMENTE		MINORI NEL NUCLEO FAM. SNAP	
	SI	NO	SI	NO

SEZIONE 23 – ALTRE INFORMAZIONI						ALTRE INFORMAZIONI (SEGUE)			SI	NO	CHI	
Il richiedente acquista o pensa di acquistare dei pasti dal servizio di consegna domiciliare o di ristorazione pubblica? 8		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO			Il richiedente o altre persone conviventi che stanno facendo domanda si sono trasferiti nella presente contea da un'altra contea dello Stato di New York negli ultimi due mesi?						
Il richiedente è in grado di cucinare o preparare pasti a casa? 9		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	STATO DI VETERANO	CODICE DI VETERANO	Il richiedente o altre persone conviventi hanno ricevuto una condanna e/o perduto il diritto a ricevere le prestazioni dell'Assistenza pubblica e/o del programma di Assistenza supplementare per l'alimentazione (SNAP) a causa di frode/violazione intenzionale del programma?						
Il richiedente o coloro che vivono nel suo nucleo familiare hanno mai fatto parte delle forze armate U.S.A.? Chi? _____ 10		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO			Il richiedente o altre persone conviventi hanno ricevuto prestazioni a cui non avevano diritto e che non sono state restituite completamente alla presente o ad altra agenzia?						
Il coniuge del richiedente è mai stato parte delle forze armate U.S.A.? 11		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO			Il richiedente o membri del suo nucleo familiare hanno ricevuto una condanna per dichiarazioni o attestazioni di residenza fraudolente al fine di ricevere le prestazioni dell'Assistenza pubblica in due o più Stati?						
Nel nucleo familiare del richiedente ci sono persone a carico di qualcuno che è o ha fatto parte delle forze armate U.S.A.? Chi? _____ 12		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO			Il richiedente o membri del suo nucleo familiare sono stati condannati per aver ricevuto fraudolentemente prestazioni SNAP doppie in uno Stato dopo il 22 settembre 1996?						
Il richiedente convive con una persona che riceve attualmente assistenza o prestazioni pubbliche? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO 13						Il richiedente o membri del suo nucleo familiare hanno ricevuto una condanna per compravendita di prestazioni SNAP per una cifra complessiva di almeno \$500, dopo il 22 settembre 1996?						
SE SÌ, CHI	TIPO DI ASSISTENZA	LUOGO DI RICEZIONE	DATA DI RICEZIONE			Il richiedente o membri del suo nucleo familiare hanno ricevuto una condanna per scambio di prestazioni SNAP al fine di ottenere armi da fuoco, munizioni o esplosivi o droghe?						
						Il richiedente o membri del suo nucleo familiare sono in fuga per evitare il procedimento penale, la detenzione o la reclusione a seguito di condanna per reato o tentato reato e sono ricercati dalle forze dell'ordine?						
Il richiedente o altre persone conviventi hanno ricevuto in passato assistenza o prestazioni pubbliche? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO 14						Il richiedente o altre persone del suo nucleo familiare stanno violando la libertà vigilata o la libertà condizionale decisa da un tribunale?						
SE SÌ, CHI (Si prega di elencare tutti i nomi precedenti)	TIPO DI ASSISTENZA	LUOGO DI RICEZIONE	DATA DI RICEZIONE			STATO DI TRASFERIMENTO DELLA PROPRIETÀ			Ho <input type="checkbox"/> Non ho <input type="checkbox"/> venduto, trasferito o alienato ad altri le mie proprietà per ottenere le prestazioni del programma di Assistenza pubblica o SNAP.			
						RICHIESTO			DOCUMENTAZIONE			AGLI ATTI
						Servizi			Scheda borsa di studio scolastica			
						UIB			Dichiarazione assistenza del minore/persona a carico			
									Rimborsi			
									Pagamenti eccessivi in sospeso			
									Pratica pendente di perdita del diritto			

SE LE SPESE TOTALI (COMPRESSE LE SPESE NON UTILIZZATE PER LA DETERMINAZIONE DELLO STANZIAMENTO) ECCEDONO IL REDDITO (COMPRESA LA SOVVENZIONE PA), INDAGARE SUI MEZZI USATI DAL NUCLEO FAMILIARE PER FARE FRONTE AI PROPRI IMPEGNI.

Spese attuali \$

- Reddito attuale \$

= Differenza \$

Il cliente riceve contribuzioni per la differenza? si NO

Se la risposta è sì, da chi?

DA CONSIDERARE

- Spese attuali, comprendenti: alloggio, costi utenze/combustibile, costi telefonici, ecc.
- Alloggio attuale
- Costi attuali utenze/combustibile
- Spese telefoniche
- Spese automobile
- Noleggio mobili/elettrodomestici
- TV via cavo
- Rette scolastiche
- Spese mediche out-of-pocket (non rimborsate dall'assicurazione)

ASSISTENZA ECONOMICA DI EMERGENZA

Esiste una necessità immediata? Se la risposta è "no", perché?

NOTE/COMMENTI

COMUNICAZIONI, CESSIONI, AUTORIZZAZIONI, e CONSENSI

ACQUISIZIONE E USO DEI NUMERI DI SOCIAL SECURITY – L'acquisizione dei numeri di Social security (SSN - Social Security Numbers) è autorizzata per ciascun membro del nucleo familiare in riferimento al Programma di assistenza supplementare per l'alimentazione (SNAP - Supplemental Nutrition Assistance Program), ai sensi del Food and Nutrition Act del 2008 e successive modifiche. Chiunque presenti domanda per prestazioni SNAP deve fornire il SSN al fine di ricevere le prestazioni stesse. Se il richiedente o altre persone che fanno domanda non possiedono un SSN, dovranno richiederlo alla Social Security Administration (Amministrazione per la previdenza sociale - SSA.gov) visitando il sito www.SSA.gov o chiamando il numero 1-800-772-1213.

In riferimento a tutti gli altri programmi per cui tale modulo di domanda richiede un SSN, l'acquisizione dei SSN è obbligatoria ed è autorizzata ai sensi di una o più delle seguenti sezioni di legge: Sezione 205(c) del Social Security Act (42 U.S. Code 405), Sezione 1137 del Social Security Act (42 U.S. Code 1320b-7) e Sezione 7(a)(2) del Privacy Act del 1974. Per qualsiasi domanda, consultare il manuale di istruzioni (PUB-1301 per tutto lo stato) o rivolgersi al proprio distretto di servizi sociali.

Le informazioni che acquisiamo saranno utilizzate per stabilire se il nucleo familiare ha diritto o continua ad aver diritto all'assistenza o alle prestazioni. Le informazioni saranno utilizzate per controllare l'identità, verificare il reddito da lavoro e non da lavoro, per stabilire se i genitori assenti possano ricevere la copertura assicurativa sanitaria per i richiedenti o beneficiari, per stabilire se i richiedenti o i beneficiari possano ottenere il mantenimento dei figli o gli alimenti e per stabilire se i richiedenti o i beneficiari possano ricevere denaro o altra assistenza. Verificheremo tali informazioni attraverso programmi informatici di controllo incrociato. Queste informazioni saranno utilizzate anche per monitorare la conformità alle normative di programmi e per gestire il programma. Oltre a utilizzare le informazioni fornite in tal modo dal richiedente, lo Stato utilizza i dati per elaborare statistiche su tutte le persone che ricevono prestazioni del Programma di assistenza energia abitativa (HEAP - Home Energy Assistance Program) (vedere qui sotto).

Questi dati potranno essere comunicati ad altre agenzie statali e federali per l'esame ufficiale e a funzionari delle forze dell'ordine allo scopo di fermare le persone latitanti per sfuggire alla legge. Le informazioni, compresi i SSN, che sono raccolte sui richiedenti e i beneficiari dell'Assistenza familiare e dell'Assistenza Family Net (rete sicura), possono essere usate per agevolare la formazione delle liste di possibili giurati. Se venisse sollevato un ricorso relativo a SNAP contro il nucleo familiare, le informazioni riportate in questa domanda, compresi tutti i SSN, potrebbero essere comunicate alle agenzie federali e statali, nonché alle agenzie private per la riscossione delle somme rivendicate, in relazione alla procedura di riscossione del ricorso.

Saranno utilizzati e divulgati secondo le modalità sopra descritte anche i SSN dei membri del nucleo familiare ritenuti non idonei.

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

INFORMATIVA SULLA NON DISCRIMINAZIONE – È vietato a questo istituto discriminare sulla base della razza, colore, origine nazionale, disabilità, età, sesso e, in alcuni casi, della religione e delle convinzioni politiche.

Anche il Dipartimento dell'agricoltura degli Stati Uniti d'America (USDA) proibisce la discriminazione sulla base della razza, colore, origine nazionale, sesso, credo religioso, disabilità, età, convinzioni politiche o le ritorsioni o le rappresaglie dovute a precedenti attività nell'ambito dei diritti civili, durante lo svolgimento di qualsiasi attività o programma diretto o finanziato dall'USDA.

Le persone con disabilità che richiedono mezzi di comunicazione alternativi per ricevere le informazioni sul programma (p. es. Braille, stampa a caratteri grandi, registrazione audio, lingua dei segni americana, ecc.), devono contattare l'Agenzia (statale o locale) presso la quale hanno presentato domanda per le prestazioni. Le persone sorde, ipo-udenti o con difficoltà di linguaggio possono contattare l'USDA attraverso il servizio di video-interpretariato dei Servizi federali (Federal Relay Service) al numero (800) 877-8339. Inoltre, è possibile che le informazioni sul programma siano disponibili in lingue diverse dell'inglese.

Per presentare un reclamo per una discriminazione verificatasi nel contesto del programma SNAP, compilare il modulo USDA Program Discrimination Complaint Form, (AD-3027), disponibile online alla pagina: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html e reperibile in qualsiasi ufficio USDA; in alternativa, è possibile scrivere una lettera indirizzata all'USDA, indicandovi tutte le informazioni richieste nel modulo. Per chiedere una copia del modulo di reclamo, è possibile telefonare al numero (866) 632-9992. Il modulo compilato o la lettera devono essere inviati all'USDA tramite:

- (1) Posta: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410
- (2) Fax: (202) 690-7442; oppure
- (3) e-mail: program.intake@usda.gov

Per ogni altra informazione riguardante problemi sul Programma di assistenza supplementare per l'alimentazione (SNAP) occorre contattare il numero della linea diretta USDA SNAP Hotline (800) 221-5689, anche in lingua spagnola, oppure contattare i numeri per le informazioni/linea diretta dello Stato (fare clic sul link per ottenere un elenco di numeri di linee dirette in base allo Stato), reperibili online all'indirizzo: http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm.

Per presentare un reclamo per una discriminazione verificatasi nel contesto del programma che riceve assistenza finanziaria federale tramite il Dipartimento della salute e dei servizi alla persona degli U.S. (U.S. Department of Health and Human Services, HHS), scrivere a: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, oppure chiamare il numero (202) 619-0403 (servizio con uso della voce) o (800) 537-7697 (servizio con uso di messaggistica).

Questa istituzione è un fornitore che rispetta le pari opportunità.

Lo Stato di New York, inoltre, proibisce ogni forma di discriminazione per motivi di identità di genere, stato transgender, disforia di genere, orientamento sessuale, stato coniugale, stato militare, vittima di violenza domestica, condizioni relative alla gravidanza, caratteristiche di predisposizioni genetiche, certificati penali relativi a condanne e detenzioni carcerarie precedenti, stato di famiglia e ritorsioni conseguenti all'essersi opposti a pratiche discriminatorie illecite.

CONSENSO PER LE INDAGINI – Acconsento a qualsiasi indagine per la verifica o la conferma delle informazioni da me fornite in relazione alla mia richiesta di assistenza pubblica (Public Assistance, PA), di assistenza medica (Medicaid), di iscrizione al programma di assistenza supplementare per l'alimentazione (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), di prestazioni del programma di assistenza energia abitativa (Home Energy Assistance Program, HEAP), di Servizi o di assistenza all'infanzia (Services or Child Care Assistance). Se saranno richieste ulteriori informazioni, le fornirò. Inoltre, collaborerò con il personale statale e federale per eventuali revisioni di controllo della qualità PA e SNAP.

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

CONSENSO PER IL RILASCIO DI INFORMAZIONI RISERVATE SULL'ASSICURAZIONE PER DISOCCUPAZIONE (UNEMPLOYMENT INSURANCE, UI) – Autorizzo il Dipartimento del lavoro (Department of Labor, DOL) dello Stato di New York a rilasciare tutte le informazioni riservate, conservate dal DOL per l'assicurazione sulla disoccupazione (Unemployment Insurance, UI), all'Ufficio di assistenza temporanea e disabilità dello Stato di New York (New York State Office of Temporary and Disability Assistance, OTDA). Tali informazioni comprendono le richieste di prestazioni UI e i dati registrati sulla retribuzione. Sono consapevole del fatto che l'OTDA, nonché i dipendenti delle agenzie statali e locali che lavorano negli uffici dei distretti dei servizi sociali, si serviranno delle informazioni UI per stabilire o verificare l'idoneità e l'importo delle prestazioni di assistenza pubblica (PA), assistenza medica (Medicaid), del programma di assistenza supplementare per l'alimentazione, del programma di assistenza energia abitativa, dell'Assistenza all'infanzia, per cui si presenta domanda con questo modulo. Sono consapevole che si serviranno di tali informazioni nelle indagini per determinare se io abbia ricevuto prestazioni a cui non avevo diritto. L'OTDA può anche condividere le informazioni con l'Ufficio per i servizi ai minori e alla famiglia dello Stato di New York (OCFS) e con il Dipartimento della salute dello Stato di New York (DOH). L'OCFS userà le informazioni per monitorare il programma di Assistenza all'infanzia.

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

NOTIFICA DI CAMBIAMENTI – Accetto di informare **immediatamente** l'agenzia, al meglio delle mie conoscenze o convinzioni, di qualsiasi cambiamento riguardante il mio indirizzo, le necessità, il reddito e la proprietà, lo stato di adulto abile al lavoro senza persone a carico (able-bodied adult without dependent, ABAWD), lo stato di gravidanza o la sistemazione abitativa.

Nel caso di domanda per l'Assistenza all'infanzia, accetto di informare **immediatamente** l'agenzia in merito a qualsiasi cambiamento del reddito familiare, di chi vive nella mia casa, dello stato di occupazione, delle intese relative alla cura dei figli o altre modifiche che potrebbero incidere sulla sussistenza del mio diritto o sull'importo del mio beneficio.

MULTE E SANZIONI – Le leggi federali e statali puniscono con multe, reclusione o entrambe, se non si afferma la verità nel presentare le domande per Assistenza pubblica, assistenza medica (Medicaid), programma di Assistenza supplementare per l'alimentazione, Servizi o Assistenza all'infanzia ("Assistenza, Prestazioni o Servizi"), oppure in qualsiasi momento si sia interrogati sulla propria idoneità alle prestazioni, oppure se si inducono altri a non dire la verità sulla propria domanda o sulla sussistenza della propria idoneità. Si applicano sanzioni anche se si nascondono o non si comunicano fatti relativi alla propria iniziale o sussistente idoneità all'Assistenza, alle Prestazioni o ai Servizi, oppure se si nascondono o non si comunicano fatti

che inciderebbero sul diritto di qualcuno, per il quale si è presentata domanda, di ottenere o continuare a ricevere Assistenza, Prestazioni o Servizi. Se si è un rappresentante autorizzato, tali assistenza, benefici o servizi, devono essere utilizzati per l'altra persona e non per se stessi. Le leggi federali e statali prescrivono che ogni trasferimento di beni per un valore inferiore all'equo valore di mercato, effettuato da una persona o dal suo coniuge entro i 60 mesi antecedenti al primo giorno del mese in cui la persona avrà sia ricevuto servizi di strutture sanitarie assistenziali e sia presentato la domanda per Medicaid, potrebbe rendere la persona inidonea a ricevere i servizi di una struttura o residenza sanitaria assistenziale o i servizi in deroga per assistenza in casa e nella comunità, per un certo periodo. È illegittimo ottenere Assistenza, Prestazioni o Servizi nascondendo informazioni o fornendo informazioni false.

SANZIONI CHE PRESCRIVONO LA PERDITA DEL DIRITTO AL PROGRAMMA DI ASSISTENZA SUPPLEMENTARE PER L'ALIMENTAZIONE (SNAP) – Tutte le informazioni fornite in relazione alla domanda per le prestazioni SNAP saranno sottoposte a verifica da parte di funzionari federali, statali e locali. In caso di informazioni non corrette, le prestazioni SNAP potrebbero essere negate. Se si forniscono consapevolmente informazioni non corrette, si può essere soggetti a procedimento penale, con effetto sull'ammissibilità ai benefici o sulla loro quantificazione. Qualsiasi persona condannata per un reato grave consistente nell'aver consapevolmente utilizzato, trasferito, acquisito, alterato o posseduto schede di autorizzazione SNAP o aver utilizzato i relativi dispositivi, può essere soggetta a multe di fino a 250.000 dollari, subire la reclusione fino a 20 anni, o entrambe le sanzioni. Inoltre, tale persona può anche essere sottoposta a procedimento penale ai sensi delle leggi federali e statali vigenti. Chiunque stia violando una condizione di libertà vigilata o condizionale o sia in fuga per evitare procedimenti penali, la custodia o la reclusione per un reato, ed è attivamente ricercato dalle forze dell'ordine, non è idoneo a ricevere prestazioni SNAP.

Si potrebbe essere ritenuti inidonei al programma SNAP o colpevoli di una violazione intenzionale del programma (Intentional Program Violation, IPV) nel caso in cui: si rilascino dichiarazioni false o ingannevoli o si rappresentino in modo errato, si nascondano o si omettano dei fatti per essere giudicati idonei alle prestazioni assistenziali o a un aumento delle stesse; si acquisti un prodotto con prestazioni SNAP con l'intenzione di ottenere denaro contante, gettando via volutamente il prodotto e restituendone il contenitore per ricevere l'importo del deposito; o nel caso di commissione o tentata commissione di un atto che costituisce violazione di una legge federale o statale allo scopo di usare, presentare, trasferire, acquisire, ricevere, possedere o scambiare prestazioni SNAP, tessere di autenticazione o documenti riutilizzabili usati come parte del sistema di trasferimento elettronico della prestazione (Electronic Benefit Transfer, EBT). Inoltre, è vietato quanto segue e si può perdere il diritto a ricevere le prestazioni SNAP e/o subire sanzioni per atti che implicano:

- L'utilizzo delle prestazioni SNAP per comprare articoli diversi dagli alimenti, quali alcol o sigarette;
- L'utilizzo delle prestazioni SNAP per pagare cibo precedentemente acquistato a credito;
- Consentire a qualcun altro l'utilizzo della propria scheda di trasferimento elettronico delle prestazioni (EBT card), in cambio di contanti, armi da fuoco, munizioni o esplosivi, o droga, oppure per acquistare cibo per persone non appartenenti al nucleo familiare che riceve i benefici SNAP; o
- L'utilizzo o il possesso di carte EBT non proprie, senza il consenso del titolare della carta stessa.

Coloro che sono giudicati colpevoli di IPV accertata tramite un'udienza amministrativa sulla perdita delle prestazioni o da un tribunale federale, statale o locale, o accertata tramite firma della rinuncia al diritto a un'udienza amministrativa sulla perdita delle prestazioni, o tramite un accordo con cui si consente la perdita delle prestazioni nei casi rinviati a giudizio, non saranno idonei a partecipare a SNAP per un periodo di:

- 12 mesi per la prima IPV SNAP;
- 24 mesi per la seconda IPV SNAP;
- 24 mesi per la prima IPV SNAP che si basa su accertamento in sede giudiziale da cui emerge che una persona ha utilizzato o ricevuto prestazioni SNAP in una transazione implicante la vendita di una sostanza stupefacente (droghe illegali o determinati farmaci per cui è obbligatoria la prescrizione medica); o
- 120 mesi se si accerta che il soggetto abbia rilasciato dichiarazioni fraudolente sulla propria identità o sul luogo in cui vive, al fine di ottenere più prestazioni SNAP contemporaneamente, a meno che il soggetto stesso venga escluso dal diritto in modo permanente a causa di una terza IPV. Inoltre, un tribunale può sospendere la partecipazione di un soggetto a SNAP per un periodo ulteriore di 18 mesi.

Una persona può essere esclusa permanentemente dal diritto di ricevere prestazioni SNAP per:

- la prima IPV SNAP che si basa su un accertamento in sede giudiziale di utilizzo o ricevimento di prestazioni SNAP in una transazione implicante la vendita di armi da fuoco, munizioni o esplosivi;
- la prima IPV SNAP che si basa su una condanna in sede giudiziale per traffico di prestazioni SNAP per un valore totale pari o superiore a \$500 (nel concetto di traffico rientrano l'uso, il trasferimento, l'acquisizione, l'alterazione o il possesso in forma illegale di schede di autorizzazione o dispositivi di accesso per SNAP);
- la seconda IPV SNAP che si basa su un accertamento in sede giudiziale da cui emerge che una persona ha utilizzato o ricevuto prestazioni SNAP in una transazione che implica la vendita di sostanze stupefacenti (droghe illegali o determinati farmaci per cui è obbligatoria la prescrizione medica); o
- la terza IPV SNAP.

OBBLIGO DI DICHIARARE/COMPROVARE LE SPESE DEL NUCLEO FAMILIARE – Il nucleo familiare del richiedente deve dichiarare tutte le spese per la cura dei minori e per le utenze, al fine di ottenere la detrazione di queste spese per il Programma di assistenza supplementare per l'alimentazione (SNAP). Il nucleo familiare del richiedente deve dichiarare e comprovare i pagamenti per affitto/mutuo, imposte sulla proprietà, assicurazione, spese mediche e mantenimento figli versato a una persona non appartenente al nucleo familiare, al fine di ottenere una detrazione SNAP per tali spese. La mancata dichiarazione/prova delle suddette spese sarà considerata come espressione della volontà di non ricevere una detrazione per queste spese non dichiarate/non comprovate. La detrazione per tali spese potrebbe rendere il richiedente idoneo a SNAP o potrebbe aumentare le sue prestazioni SNAP. È possibile dichiarare/comprovare tali spese in qualsiasi momento in futuro. Tale detrazione sarà quindi applicata al calcolo delle prestazioni SNAP nei mesi successivi, secondo le norme per la segnalazione di variazioni (consultare Come segnalare una variazione, sopra).

RAPPRESENTANTE AUTORIZZATO PER IL PROGRAMMA DI ASSISTENZA SUPPLEMENTARE PER L'ALIMENTAZIONE (SNAP) – Il richiedente può autorizzare una persona che conosca la situazione del proprio nucleo familiare, a presentare domanda al programma di assistenza supplementare per l'alimentazione (SNAP), nell'interesse del richiedente stesso. È possibile anche autorizzare qualcuno, non appartenente al proprio nucleo familiare, a ricevere prestazioni SNAP per il richiedente o a utilizzarle per acquistare alimenti per il richiedente stesso. Se si desidera autorizzare qualcuno, occorre farlo per iscritto. È possibile autorizzare una persona scrivendo (in stampatello o a macchina) il suo nome, indirizzo e numero di telefono nello spazio immediatamente sottostante, e facendola firmare nella sezione apposita, situata in fondo alla presente domanda. Se sta presentando la domanda un Rappresentante autorizzato per conto di un nucleo familiare SNAP che non risiede in un istituto, il Rappresentante autorizzato e un componente adulto responsabile del nucleo familiare devono entrambi apporre la firma e la data nella sezione apposita in fondo alla presente domanda, a meno che il rappresentante autorizzato sia stato designato in altro modo, per iscritto, da parte del nucleo familiare SNAP.

NOME, INDIRIZZO E NUMERO DI TELEFONO DEL RAPPRESENTANTE AUTORIZZATO (SCRIVERE STAMPATELLO O A MACCHINA):

INDENNITÀ UTENZE ORDINARIE – Sono consapevole che chi riceve le prestazioni del programma di Assistenza supplementare per l'alimentazione (SNAP) appartiene a una categoria ammissibile per reddito al programma di assistenza energia abitativa (Home Energy Assistance Program, HEAP). Inoltre sono consapevole che se non ho ricevuto una prestazione HEAP superiore a 20 dollari nel mese in corso o nei 12 mesi precedenti, o una simile prestazione per assistenza energetica, sono tenuto a pagare il riscaldamento o l'aria condizionata separatamente dal pagamento per la locazione, al fine di ricevere l'indennità per utenze ordinarie di riscaldamento/aria condizionata (per es. una detrazione) per SNAP. Sono consapevole del fatto che lo Stato utilizzerà il mio numero di Social Security per verificare il ricevimento delle prestazioni HEAP presso i miei fornitori di energia abitativa. La presente autorizzazione comprende anche il consenso accordato a qualsiasi mio fornitore di energia abitativa (incluse utenze) a fornire determinate informazioni statistiche, compresi a titolo meramente esemplificativo, il mio consumo elettrico, il costo dell'energia elettrica, il consumo di combustibile, il tipo di combustibile, il costo annuale del combustibile e la cronologia dei pagamenti, all'Ufficio di assistenza temporanea e invalidità dello Stato di New York, al Distretto dei servizi sociali locale e al Dipartimento della salute e dei servizi alla persona degli Stati Uniti d'America, al fine della misurazione dei risultati del Programma di assistenza energia abitativa per le persone a basso reddito (Low Income Home Energy Assistance Program, LIHEAP).

RILASCIO DI INFORMAZIONI MEDICHE – Autorizzo il rilascio di qualsiasi informazione medica, riguardante me e i membri della mia famiglia, per i quali posso esprimere il consenso, da parte del mio medico di base, di qualsiasi altro operatore sanitario o del Dipartimento della salute dello Stato di New York (DOH) al gestore del mio piano sanitario e a qualsiasi altro fornitore di assistenza sanitaria che si occupa di curare me o la mia famiglia, nella misura ragionevolmente necessaria affinché il gestore del mio piano sanitario o i miei fornitori eseguano i trattamenti, i pagamenti o le attività di assistenza sanitaria; da parte del gestore del mio piano sanitario e qualsiasi fornitore di assistenza sanitaria al DOH e altre agenzie federali, statali o locali ai fini della gestione dei programmi Medicaid; inoltre, da parte del gestore del mio piano sanitario ad altre persone o enti, nella misura ragionevolmente necessaria perché il gestore del mio piano sanitario esegua i trattamenti, i pagamenti o le attività di assistenza sanitaria. Autorizzo il rilascio di qualsiasi informazione sanitaria che riguardi me o i membri della mia famiglia, per i quali posso esprimere legalmente il consenso, relativamente alla fornitura di assistenza e servizi e alla mia idoneità alla partecipazione ad attività lavorative, compreso l'impiego, all'Ufficio di assistenza temporanea e per l'invalidità dello Stato di New York (OTDA), all'Ufficio per i servizi ai minori e alla famiglia o al distretto dei servizi sociali locale (SSD), nei limiti di quanto ragionevolmente necessario per la fornitura di prestazioni di Assistenza pubblica; per servizi, comprendenti quelli per il benessere dei minori; per la determinazione di assegnazioni di attività di lavoro idonee; per la determinazione della necessità di compilare e presentare domanda per prestazioni SSI; per la determinazione di piani di trattamento adeguati per ripristinare l'idoneità al lavoro; e per la determinazione dell'ammissibilità alle esenzioni dal limite statale di sessanta mesi di tempo per la ricezione dell'assistenza monetaria. Se mi verrà chiesto di presentare la domanda per benefici gestiti dall'Amministrazione della sicurezza sociale, le informazioni sopra specificate potrebbero essere comunicate alla stessa Amministrazione della sicurezza sociale. Inoltre accetto che le informazioni rilasciate possano includere informazioni sull'HIV, la salute mentale o l'abuso di alcol o sostanze riguardanti me e membri della mia famiglia, nella misura consentita dalla legge, a meno che una sottostante casella non sia spuntata. Se più di un adulto della famiglia parteciperà al piano sanitario Medicaid, è necessaria la firma di ciascun adulto richiedente per il consenso al rilascio di informazioni. Sono consapevole del fatto che la mia capacità di dare il consenso al rilascio di informazioni riguardanti figli minori per i quali io esprima il consenso, è limitata dalla misura in cui io posso ottenere informazioni riguardanti il trattamento, la diagnosi e le procedure in loro vece.

_____ Non divulgare informazioni inerenti a HIV/AIDS

_____ Non divulgare informazioni inerenti a droghe e alcol

_____ Non divulgare informazioni relative alla salute mentale

RILASCIO DI INFORMAZIONI AI GESTORI DI SERVIZI MEDICI – Autorizzo il distretto dei servizi sociali e lo Stato di New York a condividere le informazioni con i gestori dei servizi medici, designati dal distretto dei servizi sociali o dallo Stato di New York, in merito alle prestazioni di assistenza pubblica che io o altri componenti del mio nucleo familiare, per i quali posso legalmente esprimere il consenso, abbiamo ricevuto o abbiamo diritto di ricevere, al fine di migliorare la qualità della mia assistenza medica e il benessere generale, e per facilitare la ricezione di ulteriori prestazioni alle quali io, o i componenti del mio nucleo familiare, possiamo avere diritto.

RILASCIO DI DOCUMENTI SCOLASTICI – Autorizzo il Dipartimento della salute dello Stato di New York e il distretto dei servizi sociali a: 1) ottenere qualsiasi informazione relativa alla documentazione scolastica riguardante me e/o i miei figli minorenni, nominati nel presente documento, comprese le informazioni necessarie per richiedere il rimborso di Medicaid per servizi formativi correlati alla salute; e 2) di fornire alla pertinente agenzia del governo federale l'accesso a tali informazioni esclusivamente a scopo di revisione.

RILASCIO DI INFORMAZIONI PER IL PROGRAMMA DI INTERVENTO PRECOCE – Se mio/a figlio/a viene valutato/a per partecipare o partecipa al Programma per l'intervento precoce (Early Intervention Program) dello Stato di New York, concedo l'autorizzazione al distretto dei servizi sociali e allo Stato di New York a condividere le informazioni sull'ammissibilità di mio/a figlio/a a Medicaid con il Programma per l'intervento precoce della mia contea o del mio comune, ai fini della fatturazione a Medicaid.

PROGRAMMA PER LA SALUTE DI BAMBINI E ADOLESCENTI – Sono consapevole del fatto che se mio/a figlio/a rientra nel programma Medicaid, può ottenere l'assistenza sanitaria di base completa e l'assistenza preventiva, compresi tutti i trattamenti necessari, attraverso il Child/Teen Health Program (Programma per la salute di bambini e adolescenti). Posso ottenere maggiori informazioni sul programma presso il Dipartimento dei servizi sociali.

MEDICARE – Autorizzo a erogare i pagamenti previsti da Medicare (parte B del Titolo XVIII, Programma supplementare di assicurazione medica) direttamente ai medici o ai fornitori sanitari per qualsiasi fattura futura non pagata per servizi medici, o altri servizi sanitari forniti durante il periodo in cui ho diritto a Medicaid.

RIMBORSO DI SPESE MEDICHE

MEDICAID – Nell'ambito della domanda Medicaid o entro due anni dalla data della domanda stessa, si ha il diritto di chiedere il rimborso delle spese pagate per cure, servizi e forniture mediche oggetto della copertura e ricevute durante il trimestre precedente al mese della domanda. Dopo la data della domanda, il rimborso per cure, servizi e forniture mediche oggetto della copertura sarà disponibile solo se ottenuto da fornitori iscritti nel programma Medicaid.

CESSIONE DI PRESTAZIONI ASSICURATIVE/ALTRE PRESTAZIONI E PAGAMENTI DIRETTI – In relazione all'Assistenza pubblica e a Medicaid, accetto di presentare qualsiasi richiesta di indennizzo relativa a prestazioni assicurative per motivi di salute o incidenti e di presentare ogni richiesta di indennizzo per lesioni personali o di usare qualsiasi altra risorsa a cui potrei avere diritto; inoltre con la presente dichiarazione cedo tutte le risorse di questo tipo al distretto dei servizi sociali presso cui viene presentata questa domanda. Inoltre, coopererò affinché tali prestazioni cedute siano rese disponibili al distretto dei servizi sociali presso cui viene presentata questa domanda.

Autorizzo a erogare i pagamenti dovuti a me o ai membri del mio nucleo familiare, per le prestazioni assicurative mediche o per incidenti, direttamente ai pertinenti distretti dei servizi sociali per i servizi medici e altri servizi sanitari forniti durante il periodo in cui abbiamo diritto a Medicaid.

RESTITUZIONI DI MEDICAID – Al ricevimento di Medicaid, è possibile che venga creata una garanzia reale e che possa essere effettuato un recupero crediti sulla proprietà immobiliare del richiedente, in determinate circostanze, se il richiedente si trova in un istituto medico e non si prevede che torni a casa. Le somme versate per l'assistenza medica (MA) al richiedente potrebbero essere recuperate presso le persone legalmente responsabili del mantenimento del richiedente, al momento in cui i servizi medici sono stati ottenuti. MA potrebbe anche recuperare i costi dei servizi e dei premi versati in modo non corretto.

Sono consapevole del fatto che, dal 1° aprile 2014, se ricevo assistenza Medicaid attraverso il dipartimento della salute dello Stato di New York:

- Nessun diritto di prelazione sarà imposto su mie proprietà immobiliari prima della mia morte.
- Il recupero dai beni del mio patrimonio alla mia morte è limitato alla somma totale pagata da Medicaid per il costo delle cure nella casa di cura, casa e servizi comunitari, e relativi servizi ospedalieri e di medicinali prescritti, ricevuti al o dopo il mio compimento dei 55 anni.

RESTITUZIONI DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA PUBBLICA – Le prestazioni di PA, ricevute per se stessi o per il mantenimento delle persone di cui si è legalmente responsabili, potrebbero essere soggette ad azione legale di recupero sulle proprietà e sul denaro che si possiedono o che si potrebbero acquisire. Al richiedente potrebbe essere richiesto, quale condizione per ricevere la PA, di porre in essere un atto o un'ipoteca sulla proprietà immobiliare posseduta. I rimborsi fiscali e le quote di vincite alla lotteria potrebbero essere acquisiti per rimborsare il debito per la PA.

AUTORIZZAZIONE AL RIMBORSO DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA PUBBLICA CON I PAGAMENTI RETROATTIVI DI REDDITO PREVIDENZIALE SUPPLEMENTARE –

Autorizzo il Commissario dell'Amministrazione della previdenza sociale (Social Security Administration, SSA) a utilizzare il mio primo pagamento SSI (per es. un mio pagamento SSI retroattivo) per rimborsare il Distretto dei servizi sociali locale (Social Services District, SSD) per l'Assistenza pubblica che il SSD mi versa impiegando fondi statali e locali, mentre la SSA sta decidendo sulla mia ammissibilità al Reddito previdenziale supplementare (Supplemental Security Income, SSI). L'amministrazione della sicurezza sociale (SSA) non rimborserà il Distretto dei servizi sociali (SSD) per l'assistenza pubblica (PA) che è stata pagata utilizzando fondi federali.

La presente autorizzazione sarà vincolante nei miei confronti esclusivamente se lo Stato comunicherà all'amministrazione della sicurezza sociale (SSA) che io stesso e un rappresentante del distretto dei servizi sociali (SSD) abbiamo sottoscritto l'autorizzazione stessa. Lo Stato deve fornire comunicazione dell'associazione della mia documentazione SSI con la mia documentazione statale entro 30 giorni di calendario. La SSA non l'accetterà dopo 30 giorni di calendari. Invece, la SSA mi invierà il mio pagamento retroattivo SSI ai sensi delle norme della SSA.

Sarà possibile utilizzare solo il mio primo pagamento SSI. Se il mio primo pagamento è maggiore della somma dovuta a SSD, la SSA mi invierà l'importo rimanente ai sensi delle proprie normative.

La SSA può rimborsare il SSD in due casi:

- (1) Rimborserà il SSD se presento domanda per SSI e SSA mi riterrà idoneo.
- (2) Rimborserà il SSD se le mie prestazioni SSI verranno ripristinate dopo la cessazione o la sospensione.

La SSA rimborserà al SSD esclusivamente la PA che mi ha versato durante il mio periodo di attesa della decisione SSA riguardo alla mia ammissibilità. Tale assistenza viene denominata "interim assistance" (assistenza provvisoria). Il periodo ha inizio: (1) con il primo mese in cui avrò diritto alla ricezione delle prestazioni SSI; o (2) il primo giorno della mia riammissione dopo la sospensione o la cessazione del mio SSI. Il periodo comprende il mese di inizio effettivo dei pagamenti SSI. Se il SSD non potrà interrompere il mio ultimo pagamento PA, il periodo terminerà il mese successivo.

Entro e non oltre i 10 giorni successivi al rimborso da parte di SSA a SSD, quest'ultimo deve inviarmi la comunicazione relativa all'importo dell'assistenza ad interim pagata. Tale comunicazione deve anche indicare che SSA mi invierà una lettera riguardante il modo in cui l'eventuale rimanente denaro SSI dovutomi sarà inviato da SSA e, qualora io non accetti la decisione statale come potrò appellarla presso lo Stato.

Ai sensi delle proprie normative, SSA può utilizzare la data della mia sottoscrizione alla presente autorizzazione, come data in cui sono divenuto idoneo per la prima volta ai benefici SSI. SSA procederà come sopra espresso, solo se io presento domanda per SSI nei prossimi 60 giorni.

La presente autorizzazione è valida per qualsiasi domanda SSI o per ogni mio ricorso ora in attesa di elaborazione presso la SSA. La presente autorizzazione cesserà se la mia pratica SSI sarà stata completamente evasa. Terminerà quando la SSA avrà effettuato il primo pagamento nei miei confronti. Lo Stato e io stesso abbiamo anche la facoltà di revocare la presente autorizzazione. Se presenterò nuovamente la domanda per SSI dopo la cessazione della presente autorizzazione o se depositerò una nuova richiesta per SSI mentre una domanda o un ricorso SSI sono ancora in fase di elaborazione, dovrò firmare una nuova autorizzazione conforme alle norme dello Stato di New York.

Se non sarò d'accordo con la decisione di SSD in merito al mio rimborso, mi sarà data la possibilità di presentare le mie istanze a un'udienza imparziale.

Ho ricevuto una copia dell'opuscolo intitolato "Cosa sapere sui programmi dei servizi sociali". Ho compreso quanto vi viene spiegato sull'assistenza ad interim (provvisoria).

MANTENIMENTO – La presentazione della domanda o il ricevimento dei servizi dell'assistenza alla famiglia (FA), del Safety Net Assistance (SNA) o dell'affido Titolo IV-E comporta la cessione allo Stato e al distretto dei servizi sociali di qualsiasi diritto di mantenimento, dovuto da qualsiasi altra persona, a cui il richiedente o il beneficiario potrebbe avere diritto personalmente oppure per conto di un altro familiare per cui il richiedente o il beneficiario stia presentando la domanda o ricevendo assistenza (Legge sui servizi sociali, Sezioni 158 e 358, Social Services Law, Sections 158 and 348). Questa cessione è limitata a determinate situazioni. Altre sezioni della presente domanda contengono ulteriori cessioni.

CESSIONE DI DIRITTI DI MANTENIMENTO – Cedo allo Stato e al distretto dei servizi sociali ogni mio diritto di mantenimento dovuto da parte di persone obbligate legalmente nei miei confronti e ogni diritto di mantenimento a me dovuto nell'interesse dei familiari per i quali sto presentando la domanda o sto ricevendo assistenza. Quando si presenta la domanda o si riceve assistenza FA o SNA, la mia cessione dei diritti di mantenimento è limitata al mantenimento che matura durante il periodo in cui il richiedente/beneficiario e/o qualsiasi componente della sua famiglia riceve l'assistenza. Tuttavia, qualsiasi diritto di mantenimento ceduto allo Stato per mio conto, o per conto di qualsiasi componente della famiglia, prima del 1° ottobre 2009 continua ad essere ceduto allo Stato.

PROGRAMMA DI ASSISTENZA ENERGIA ABITATIVA – Sono consapevole che, sottoscrivendo la presente domanda/certificazione, acconsento a qualsiasi indagine per la verifica o la conferma delle informazioni che ho fornito e ad altre indagini condotte da altre agenzie governative autorizzate in relazione alle prestazioni del Programma di assistenza energia abitativa. Acconsento inoltre a permettere che le informazioni fornite in questa domanda siano utilizzate per la segnalazione presso i programmi di assistenza per l'isolamento termico disponibili e i programmi per basso reddito delle società che mi erogano utenze.

Sono consapevole del fatto che lo Stato utilizzerà il mio numero di Social Security per verificare la ricevuta di HEAP presso i miei fornitori di energia abitativa. La presente autorizzazione comprende anche il consenso accordato a qualsiasi mio fornitore di energia abitativa (comprese utenze) a fornire determinate informazioni statistiche, compresi a titolo meramente esemplificativo, il mio consumo elettrico, il costo dell'energia elettrica, il consumo di combustibile, il tipo di combustibile, il costo annuale del combustibile e la cronologia dei pagamenti, all'Ufficio di assistenza temporanea e invalidità dello Stato di New York, al Distretto dei servizi sociali locale e al Dipartimento della salute e dei servizi alla persona degli Stati Uniti d'America, al fine della misurazione dei risultati del Programma di assistenza energia abitativa per le persone a basso reddito (Low Income Home Energy Assistance Program, LIHEAP).

INFORMAZIONI SULLE AGGRESSIONI SESSUALI – Se si è vittime di aggressioni sessuali, si ha diritto a chiedere informazioni per riferimenti al distretto di servizi sociali. Se si chiedono informazioni per riferimenti, il distretto di servizi sociali deve fornire gli indirizzi e i numeri telefonici di tutti: 1) gli ospedali locali che offrono servizi certificati dal Dipartimento della salute dello Stato di New York di esami forensi per aggressioni sessuali; 2) i centri locali di emergenze per violenze sessuali; e 3) la pubblica difesa locale, consulenze e servizi di linee telefoniche dirette, idonei per vittime di aggressioni sessuali. Inoltre, il distretto di servizi sociali deve fornire al richiedente i numeri telefonici della linea diretta dello Stato di New York per le aggressioni sessuali e le violenze domestiche (NYS Hotline for Sexual Assault and Domestic Violence): (800) 942-6906 e (800) 818-0656 (TTY).

CERTIFICAZIONE PER L'ASSISTENZA ALL'INFANZIA (CHILD CARE ASSISTANCE) – Se sto presentando la domanda per l'assistenza all'infanzia, dichiaro che le mie risorse economiche familiari non superano la cifra di 1.000.000 dollari USA.

Ho letto e compreso le informazioni sopra riportate. Comprendo e accetto le cessioni, le autorizzazioni e i consensi sopra riportati. Giuro e/o dichiaro, sotto pena di falsa testimonianza, che le informazioni da me fornite o che fornirò al distretto dei servizi sociali sono complete e corrette.			
FIRMA DEL RICHIEDENTE:	DATA DELLA FIRMA	FIRMA DEL CONIUGE O RAPPRESENTANTE PROTETTIVO	DATA DELLA FIRMA
x		x	
FIRMA DEL RAPPRESENTANTE AUTORIZZATO	DATA DELLA FIRMA		
x			

COMPLETARE LA PARTE SEGUENTE ESCLUSIVAMENTE SE SI DESIDERA RITIRARE LA PROPRIA DOMANDA DA UNO O PIÙ PROGRAMMI.

Acconsento a ritirare la mia domanda da:

- Assistenza pubblica (PA) Assistenza all'infanzia in sostituzione della PA Programma di Assistenza supplementare per l'alimentazione (SNAP) Medicaid e SNAP
- Medicaid e PA Servizi, compreso affido Assistenza all'infanzia Assistenza solo di emergenza

Sono consapevole della possibilità a mia disposizione di ripresentare la domanda in qualsiasi momento.

FIRMA DEL RICHIEDENTE/RAPPRESENTANTE AUTORIZZATO

DATA DELLA FIRMA

x