

CENTRO/ UFFICIO	DATA DEL COLLOQUIO	ID UNITÀ	ID OPERATORE	TIPO PRATICA	NUMERO DI PRATICA	DISTRETTO	CATEGORIA	LINGUA	CONTO DEL NUMERO DI RIUTILIZZO	
NOME PRATICA				DATA DI DECORRENZA	DISPOSIZIONE <input type="checkbox"/>		RICERTIFICAZIONE <input type="checkbox"/>		CHIUSURA <input type="checkbox"/>	CODICE MOTIVO <input type="checkbox"/>
IDONEITÀ DETERMINATA DA (LAVORATORE):		DATA	IDONEITÀ APPROVATA DA (SUPERVISORE):		DATA	FIRMA DEL SOGGETTO CHE HA OTTENUTO INFORMAZIONI IDONEITÀ		DATA		
MODULO _____ DI _____		x _____								
DATA DI RICEVIMENTO DA PARTE DELL'AGENZIA	ASSUNTA DA: <input type="checkbox"/> DISTRETTO DEI SERVIZI SOCIALI <input type="checkbox"/> AGENZIA FORNITRICE SPECIFICARE: _____									
PERIODO AUTORIZZAZIONE PA			PERIODO AUTORIZZAZIONE MA				PERIODO AUTORIZZAZIONE SNAP			
DA			DA				DA			
A			A				A			

MODULO DI RICERTIFICAZIONE PER PRESTAZIONI E SERVIZI DETERMINATI DELLO STATO DI NEW YORK

Se si è ciechi o gravemente ipovedenti ed è necessario ottenere il presente modulo di ricertificazione in un formato alternativo, è possibile richiederlo al proprio distretto di servizi sociali. Per ulteriori informazioni sui tipi di formato disponibili e sulle modalità di richiesta di moduli di ricertificazione in formati alternativi, fare riferimento al manuale di istruzioni (PUB-1313 per tutto lo stato), disponibile al sito www.otda.ny.gov o <https://www.health.ny.gov/>.

Se si è ciechi o gravemente ipovedenti, si preferisce ricevere le comunicazioni scritte in un formato alternativo? Sì No

Se sì, selezionare il tipo di formato preferito: Stampa a caratteri ingranditi CD di dati CD audio Braille, se si afferma che nessuno degli altri formati alternativi sarà altrettanto efficace per lei

Se occorre un'altra soluzione, si prega di contattare il proprio distretto dei servizi sociali.

Ci impegniamo a fornire assistenza e supporto con professionalità e rispetto. È obbligatorio partecipare ad attività, comprese le attività lavorative di Assistenza pubblica (Public Assistance) e del programma di Assistenza supplementare per l'alimentazione (Supplemental Nutrition Assistance Program), ove richiesto, in modo da raggiungere l'autosufficienza. Ogni volta che, nel modulo di ricertificazione, si incontrano i termini "Assistenza pubblica" o "PA", questi vanno intesi come "Assistenza alla famiglia" (Family Assistance) e/o "Assistenza della rete di protezione" (Safety Net Assistance). Entrambi i programmi si chiamano "Assistenza pubblica". Tali programmi di PA sono intesi a fornire assistenza alle persone fino a quando queste siano in grado di mantenere se stesse e la propria famiglia. **Per compilare il presente modulo di ricertificazione, si prega di fare riferimento al manuale di istruzioni (PUB-1313 Per tutto lo stato) e ai manuali 1, 2 e 3 "Cosa sapere" (What You Should Know) (LDSS-4148A, LDSS-4148B e LDSS-4148C). Per qualsiasi domanda contattare il proprio distretto dei servizi sociali.**

Quando nel modulo di ricertificazione si incontra la sigla "MA", si intende "Medicaid". È possibile fare domanda per MA utilizzando il presente modulo di ricertificazione solo se, nello stesso momento, ci si ricertifica per l'Assistenza pubblica o per il programma di Assistenza supplementare per l'alimentazione. Se si desidera ricertificarsi solo per MA, si può andare online al sito Web <https://nystateofhealth.ny.gov/> e/o chiamare il numero 1-855-355-5777 per ulteriori informazioni o per ricertificarsi, oppure si può presentare il modulo DOH-4220 per MA esclusivamente in formato cartaceo che sarà fornito dall'assistente, oppure chiamare la linea telefonica di assistenza per MA al numero 1-800-541-2831. Se si desidera ricertificarsi solo per il programma Risparmi Medicare (Medicare Savings Program, MSP), è necessario presentare domanda di ricertificazione con il modulo DOH-4328, che può essere fornito dall'assistente. Se si ha necessità immediata di servizi di cura alla persona, è necessario presentare separatamente la domanda per MA, utilizzando il modulo DOH- 4220 di domanda per MA.

SEZIONE 6 – INFORMAZIONI SUL NUCLEO FAMILIARE – Elencare tutti coloro che vivono con lei anche se non stanno presentando domanda di ricertificazione insieme a lei.
 Inserire il proprio nome nella prima riga.

Questa persona (compresi figli minori) compra generi alimentari o prepara pasti insieme a lei?

Il più alto livello di istruzione raggiunto

RI	NUM.	Nome, iniziali secondo nome, cognome	Questa persona si ricertifica per:			Data di nascita: (mm/gg/aaaa)	Sesso: (M/F)	Identità di genere (facoltativo): (Maschio, femmina, non binario, X, transgender, identità diversa [si prega di descrivere])	Relazione con lei:	Numero del Social Security dei membri del nucleo familiare che si ricertificano (Vedere il manuale delle istruzioni, PUB-1313 Per tutto lo stato, o contattare il proprio distretto dei servizi sociali)		
			PA	SNAP	MA						SI	NO
	01								STESSO			
	02											
	03											
	04											
	05											
	06											
	07											
	08											

SI PREGA DI INSERIRE IL NOME DA NUBILE O ALTRI NOMI CON CUI LEI O ALTRI MEMBRI DEL NUCLEO FAMILIARE SIETE CONOSCIUTI

Num. riga	ONC	NOME	SECONDO NOME	COGNOME

SEZIONE 7

NELL'ULTIMO ANNO, QUALCUNO SI È TRASFERITO NEL NUCLEO FAMILIARE? <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO SE SÌ, INDICARE SOTTO.		CHI SI È TRASFERITO HA MAI VISSUTO NELLO STATO DI NEW YORK PRIMA D'ORA? <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	NELL'ULTIMO ANNO, QUALCUNO HA LASCIATO IL NUCLEO FAMILIARE? <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO SE SÌ, INDICARE SOTTO.
NOME	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	NOME	QUANDO?
NOME	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	NOME	QUANDO?
QUALCUNO È STATO SANZIONATO?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	SE SÌ, CHI	MOTIVO
		DATA FINALE	

INFORMAZIONI SUL NON RICHIEDENTE

3	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

NUM.	STATO DI NON-CITTADINO	STATO DI IMMIGRAZIONE MODIFICATO			DATA DI INGRESSO/STATO			HA PRESENTATO DOMANDA DI CITTADINANZA		SPONSORIZZATO		NUM	DIPLOMA RICEVUTO	NUM.	DIPLOMA RICEVUTO	✓ RINVIO DA RCA/RMA
		SÌ	NO	MESE	GIORNO	ANNO	SÌ	NO	SÌ	NO						
												01		05		
												02		06		
												03		07		
												04		08		

Si prega di leggere con attenzione e per intero la presente pagina prima di compilarla. Per qualsiasi domanda, consultare il manuale delle istruzioni, (PUB-1313 Per tutto lo stato), o contattare il proprio distretto dei servizi sociali.

<p>SEZIONE 9 – CITTADINO/NON-CITTADINO CON STATO DI IMMIGRAZIONE SODDISFACENTE</p> <p>ELENCARE CHIUNQUE FACCIA DOMANDA DI RICERTIFICAZIONE O SIA TENUTO A RICERTIFICARSI.</p>	<p style="text-align: center;">SEZIONE 10 – CERTIFICAZIONE</p> <p>Alcuni programmi di servizi sociali prescrivono che lei 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 <u>DEVE</u> 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 ricertificazione per:</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 • Programma di assistenza supplementare per l'alimentazione o • Medicaid (<u>eccetto</u> che la richiedente sia in stato di gravidanza) <p>Il membro adulto del 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:20%; text-align: center;">NECESSARIO</td> <td style="width:60%; text-align: center;">RINVII</td> <td style="width:20%; text-align: center;">COMPLETATO</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Verifica sistematica dei diritti dello straniero (Systematic Alien Verification for Entitlements, SAVE)</td> <td></td> </tr> </table>	NECESSARIO	RINVII	COMPLETATO		Verifica sistematica dei diritti dello straniero (Systematic Alien Verification for Entitlements, SAVE)	
NECESSARIO	RINVII	COMPLETATO					
	Verifica sistematica dei diritti dello straniero (Systematic Alien Verification for Entitlements, SAVE)						

Una domanda di ricertificazione per SNAP deve elencare tutte le persone conviventi nel nucleo familiare SNAP. Una domanda di ricertificazione di PA deve elencare tutti i minori per i quali si presenta la domanda di ricertificazione, 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. (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.

NELLA CASELLA SOTTOSTANTE APPORRE FIRMA* E DATA PER CIASCUNA PERSONA RICHIEDENTE LA RICERTIFICAZIONE.
 In caso di domanda di ricertificazione 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-1313 Per tutto lo stato.)

NUM.	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	PA	S N A P	MA				
				<input type="checkbox"/> CITTADINO / NAZIONALE	<input type="checkbox"/> NON-CITTADINO	A																				
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 10, 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 oppure non-cittadini con stato d'immigrazione soddisfacente. Sono consapevole che la firma della presente Certificazione potrebbe comportare l'invio delle informazioni sui membri del mio nucleo familiare richiedenti la ricertificazione ai Servizi per la cittadinanza e l'immigrazione degli Stati Uniti d'America (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 all'Assistenza pubblica, Assistenza supplementare per l'alimentazione e Medicaid.

*Qualora, chi desideri firmare il modulo di ricertificazione 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 11 – INFORMAZIONI SUL RINVIO ALL'UNITÀ PER L'ESECUZIONE DELLE PRESTAZIONI PER IL MANTENIMENTO DEI FIGLI

Se, oltre alla domanda di Assistenza pubblica o di Assistenza supplementare per l'alimentazione, si sta presentando anche domanda di ricertificazione per Medicaid, si potrebbe dover cooperare con noi al fine di ottenere le prestazioni per spese mediche per se stessi e per i propri figli richiedenti la ricertificazione. 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 di ricertificazione per una persona minore di 21 anni, nata fuori dal matrimonio e per la quale non è stata accertata una linea di parentela? Sì No
2. Si sta presentando domanda di ricertificazione 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. Andare alla prossima sezione.

È necessario compilare la presente sezione se si è risposto "Sì" a una o a entrambe le domande. Inserire i nomi di tutte le persone minori di 21 anni per cui si sta presentando domanda di ricertificazione 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" alla domanda, inserire 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 di ricertificazione 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	
NECESSARIO	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 ON 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 12 – STATO FISCALE/DI PERSONA A CARICO - Si prega di selezionare lo stato fiscale per ciascuna persona convivente nel nucleo familiare.

			STATO FISCALE						
NOME	INIZIALI SECONDO NOME	COGNOME	NUBILE/ CELIBE	CONIUGATO/A CON DICHIARAZIONE CONGIUNTA	CONIUGATO/A CON DICHIARAZIONE INDIVIDUALE	CAPO DEL NUCLEO FAMILIARE (CON PERSONA CHE SI QUALIFICA TALE)	QUALIFICATO COME VEDOVO/A CON FIGLIO A CARICO	PERSONA A CARICO E CHE PRESENTERÀ LA DICHIARAZIONE DELLE TASSE	NON PRESENTERÀ LA DICHIARAZIONE DELLE TASSE

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

NOME DELLA PERSONA FISCALMENTE A CARICO			NOME DI CHI PRESENTA LA DICHIARAZIONE DEI REDDITI		
NOME	INIZIALI SECONDO NOME	COGNOME	NOME	INIZIALI SECONDO NOME	COGNOME

SEZIONE 13 – INFORMAZIONI SUL CONIUGE ASSENTE/DECEDUTO – Si prega di indicare di seguito se il coniuge di chi si ricertifica vive in un altro posto o è deceduto.

NOME DELLA PERSONA CHE CHIEDE LA RICERTIFICAZIONE	NOME DEL CONIUGE	DATA DI NASCITA DEL CONIUGE	DATA DELL'EVENTUALE DECESSO DEL CONIUGE	NUMERO DI SOCIAL SECURITY DEL CONIUGE	
EVENTUALE INDIRIZZO DEL CONIUGE		CITTÀ	CONTEA	STATO	CODICE POSTALE

SEZIONE 14 – INFORMAZIONI SUL FIGLIO ASSENTE – Si prega di indicare di seguito se chi fa domanda di ricertificazione ha un figlio minore di 21 anni che vive in un altro posto.

NOME DELLA PERSONA CHE CHIEDE LA RICERTIFICAZIONE	NOME DEL FIGLIO ASSENTE	DATA DI NASCITA	INDIRIZZO DEL FIGLIO (VIA, CITTÀ, CONTEA, STATO E CODICE POSTALE)	LA PARENTELA LEGALE È STATA ACCERTATA?		LEI PAGA IL MANTENIMENTO DEI FIGLI?	
				Si	No	Si	No

SEZIONE 15 – INFORMAZIONI SUL GENITORE ADOLESCENTE

	GENITORE ADOLESCENTE	FIGLI DEL GENITORE ADOLESCENTE
Nel nucleo familiare è presente un genitore minore di 18 anni ("genitore adolescente")? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	NUM. RIGA _____ Stato civile _____	NUM. RIGA _____
Nome _____	Diploma di scuola superiore/diploma equipollente? _____	NUM. RIGA _____
Il figlio del genitore adolescente vive nel nucleo familiare? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	NUM. RIGA _____ Stato civile _____	
Nome del figlio del genitore adolescente _____	Diploma di scuola superiore/diploma equipollente? _____	

SEZIONE 16 – INFORMAZIONI SUL REDDITO:										
Si prega di indicare se lei o altre persone con lei conviventi ricevete denaro da:	SI	NO	CHI	IMPORTO/VALORE E FREQUENZA	CHI	IMPORTO/VALORE E FREQUENZA	REDDITO			
							Num. RIGA	FORTE CODICE	IMPORTO	PERIODO
Prestazioni assicurative per disoccupazione	1									
Prestazioni (Totale statale e federale) per reddito supplementare di previdenza (Supplemental Security Income, SSI)	2									
Prestazioni previdenza sociale per disabilità (Social Security Disability, SSD)	3									
Prestazioni previdenza sociale per persona a carico	4									
Prestazioni previdenza sociale per superstite	5									
Prestazioni previdenza sociale per pensionamento	6									
Prestazioni per pensionamento personale delle ferrovie	7									
Prestazioni pensionistiche (Pensioni)	8									
Dividendi/ Interessi per azioni, obbligazioni, risparmi, ecc.	9									
Indennizzo per infortunio del lavoratore	10									
Prestazioni per disabilità dello Stato di New York	11									
Pensioni/Prestazioni/Sussidi e accompagnamento per veterani di guerra	12									
Sovvenzione di assistenza pubblica	13									
Quote per persone a carico GI (GI Dependency Allotments)	14									
Borse di studio e prestiti per studenti	15									
Contributi/regali (ricevuti)	16									
Pagamenti per affido (ricevuti)	17									
Pagamenti per mantenimento figli (ricevuti)	18									
Ricevuto da: _____										
Mantenimento coniuge (ricevuto)	19									
Assicurazione privata per disabilità - Reddito da polizza assicurativa medica/per sinistri	20									
Prestazioni assicurative senza colpa (No-Fault Insurance Benefits)	21									
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 lei ha diritto di ricevere o aveva diritto di ricevere in passato e che non è stato distribuito)	24									
Quote/stipendi per la formazione	25									
Reddito da locazione (ricevuto)	26									
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)
- Cambiamento del reddito dall'ultimo bilancio

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 17 – 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: _____

NECESSARIO	RINVIO	COMPLETATO
	UIB	

SEZIONE 18 – INFORMAZIONI SULLA POSIZIONE LAVORATIVA

Allo stato attuale io sono: impiegato lavoratore autonomo disoccupato
 Reddito lordo dollari _____ 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 lei è: impiegato lavoratore autonomo

Chi: _____

Reddito lordo dollari _____ 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 _____

L'assicurazione sanitaria è disponibile tramite il proprio datore di lavoro? Sì No

Chi vive con lei possiede l'assicurazione sanitaria tramite il datore di lavoro? Sì No

Chi: _____ **3**
 Nome della compagnia assicuratrice: _____

Lei o altre persone conviventi con lei sostenete spese per la cura di bambini Sì No
 o di persone a carico, in conseguenza del proprio impiego lavorativo?

Chi: _____ **4**

Lei o altre persone conviventi con lei sostenete altre spese dovute al proprio impiego lavorativo? Sì 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	

NECESSARIO	RINVII	COMPLETATO	DA CONSIDERARE
	CAP		<input checked="" type="checkbox"/> Competenza limitata della lingua inglese
	Disabilità		<input checked="" type="checkbox"/> Credito d'imposta sul reddito da lavoro (Earned Income Tax Credit, EITC) (vedere PUB-4786)
	Impiego		<input checked="" type="checkbox"/> Requisiti per il resoconto periodico esplicativo
	TPHI/COBRA		<input checked="" type="checkbox"/> Perdita netta di reddito
	UIB		<input checked="" type="checkbox"/> P.A.S.S. (programma per raggiungere l'autosufficienza) Reddito Importo e Fonti
	Indennizzo per infortunio del lavoratore		<input checked="" type="checkbox"/> Sanzioni lavorative
	Droga/Alcol		<input checked="" type="checkbox"/> Impiego temporaneo
	Violenza domestica		<input checked="" type="checkbox"/> Verifica disabilità
	Assistenza economica per rifugiati		<input checked="" type="checkbox"/> Conto di sviluppo individuale (Individual Development Account, IDA)
			<input checked="" type="checkbox"/> Dimissioni volontarie

SEZIONE 19 – EDUCAZIONE/FORMAZIONE

Qual è il suo più alto livello d'istruzione completato?
 ___ Inferiore al diploma di scuola superiore
 In tal caso, qual è l'ultima classe completata? _____
 ___ Completamento di un programma con piano di istruzione personalizzato (Individualized Education Plan, 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™)
 ___ Diploma di laurea Associate (Associate's Degree, diploma di college biennale) **1**
 ___ Diploma di laurea Bachelor (Bachelor's Degree, diploma di college quadriennale)

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
 Se la risposta è sì, chi è: _____
 Diploma conseguito: _____ **2**
 Data del completamento: _____

Si prega di indicare se lei o altre persone con lei conviventi richiedenti la ricertificazione o che ricevono assistenza:
 Partecipate o avete partecipato a un programma di formazione **negli ultimi 12 mesi**? Sì No
 Chi _____
 Dove _____ **3**
 Programma _____
 Date di frequenza _____
 Date di completamento _____

Avete compiuto 16 anni o più e state frequentando la scuola o il college? Sì No
 Chi _____ **4**
 Dove: _____

Ricevete un sussidio per il corso di formazione? Sì No **5**
 Chi _____ Importo Dollari _____

Ricevete una borsa di studio o prestiti per l'istruzione? Sì No **6**
 Chi _____ Importo Dollari _____

Avete compiuto 16 anni o più e state frequentando la scuola? Sì No **7**
 Chi _____
 A scuola _____
 Chi _____
 A scuola _____

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

NECESSARIO	RINVII	COMPLETATO
	Servizi di supporto	

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 degli studenti del programma SNAP?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualcuno paga spese per la cura e 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"/>

Chi _____
 Scuola _____
 Chi _____
 A scuola _____

SEZIONE 20 – INFORMAZIONI SULLE RISORSE							NECESSARIO	RINVIO	COMPLETATO
Si prega di indicare se lei o altre persone con lei conviventi richiedenti la ricertificazione:	SI	NO	CHI	SE SÌ, INDICARE L'IMPORTO/VALORE	CHI	SE SÌ, INDICARE L'IMPORTO/VALORE			
Denaro contante	1			DOLLARI		DOLLARI		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 avete immatricolati o avete altri tipi di veicoli: Anno _____ Marca/Modello _____ Anno _____ Marca/Modello _____ Altro _____	6							ASSICURAZIONE SULLA VITA	
								IMPORTO NOMINALE	VALORE CORRENTE
Azioni, obbligazioni, certificati o fondi comuni d'investimento	7								
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							RICHIESTO	DOCUMENTAZIONE
Un fondo per le spese funebri	11								AGLI ATTI
Uno spazio cimiteriale	12								Lista di controllo delle risorse
Una abitazione di proprietà	13								Valore di mercato
Proprietà immobiliari, tra cui proprietà che producono reddito e proprietà che non producono reddito	14								Nulla osta del DMV
Diritto al rimborso di imposte sul reddito	15								Estratto conto bancario
Una rendita annuale	16								Cessione dei ricavi
Siete beneficiari di un trust	17								Proprietà di automobile/veicolo
Siete 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								Immatricolazione automobile/veicolo (modelli più vecchi)
Uno o più conti fiduciari	19								Nulla osta bancario
Una o più cassette di sicurezza	20								RFI/OCA
Risorse diverse da quelle sopra riportate	21								1099
Negli ultimi 36 mesi, qualcuno (compreso il coniuge e anche se non sta facendo domanda di ricertificazione o non convive con lei) ha alienato denaro contante o venduto/trasferito proprietà immobiliari, redditi o proprietà personale?	22								
In passato, qualcuno (compreso il coniuge e anche se non sta facendo domanda di ricertificazione o non convive con lei) ha mai costituito un trust o trasferito beni in un trust negli ultimi 60 mesi? Se sì, quando?	23								
INFORMAZIONI SUL VEICOLO									
ANNO	MARCA	MODELLO	NOME DEL PROPRIETARIO	SOMMA DA PAGARE	VALORE NADA	ESENTE		TITOLARE DELLA GARANZIA REALE	NUM. CONTO
				DOLLARI	DOLLARI	SÌ*	NO		
				DOLLARI	DOLLARI				
*SE ESENTE, PER QUALE MOTIVO?									
DA CONSIDERARE									
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Risorse per i minori ✓ Somma forfettaria ✓ Imbarcazioni, caravan, motoslitte ✓ Conto di sviluppo individuale (Individual Development Account, IDA) ✓ Veicoli esentati ✓ EIC ✓ Modifica delle risorse dall'ultimo bilancio 									

SEZIONE 21 – INFORMAZIONI MEDICHE				RICHIESTO	DOCUMENTAZIONE	AGLI ATTI
Si prega di indicare se lei o altre persone con lei conviventi richiedenti la ricertificazione:	SÌ	NO	SE SÌ, CHI		Certificato di gravidanza	
Avete fatture o spese mediche 1					Certificato medico/psichiatrico	
Avete Medicaid con programma spend-down 2					Esame droga/alcol (LDSS-4571)	
Avete un'assicurazione sanitaria/per sinistri (comprendente l'assicurazione attraverso il datore di lavoro) 3				NUM. POLIZZA: IMPORTO: FREQUENZA DEL PAGAMENTO:	Certificato Droga/Alcol	
Avete l'assicurazione sanitaria tramite il datore di lavoro 4				NOME DELLA COMPAGNIA ASSICURATRICE	Fatture mediche pagate o non pagate	
Avete Medicare (tessera rossa, bianca e blu) 5				CHI È COPERTO DALLA POLIZZA:	Verifica domanda SSI (solamente PA)	
Avete personale sanitario/infermiere domiciliare 6				DATA DI DECORRENZA:	DA CONSIDERARE	
Siete ciechi, malati o disabili 7				La risposta alla domanda 7 della presente sezione è coerente con la Sezione 18, che chiede se il richiedente o altra persona adulta convivente nel nucleo familiare sono affetti da 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 fiscale sul reddito da lavoro <input checked="" type="checkbox"/> Modifica delle risorse	
Siete minori con disabilità dello sviluppo 8					NECESSARIO	RINVII
Siete in ospedale, in una residenza sanitaria assistenziale o in altro istituto sanitario 9					SSI (D-CAP)	
Avete delle fatture mediche pagate o non pagate nei 3 mesi antecedenti il mese in cui si è consegnata la presente domanda di ricertificazione. 10					Colloquio disabilità (LDSS-1151)	
Siete oppure siete stati dipendenti da droghe o alcol? 11					Relazione medica (LDSS-486, 486t)	
Necessitate di assistenza domiciliare/cura alla persona 12					Relazione disabilità	
Siete in un programma SSI o avete mai fatto domanda di SSI 13					AD	
Siete in stato di gravidanza Se in stato di gravidanza, la data presunta del parto è: _____ Numero di nascite previste: _____ 14					TPHI	
Ricevete un trattamento di un programma per abuso di droghe o alcol 15					ACCES-VR	
Non siete in grado di lavorare per almeno 12 mesi a causa di disabilità o malattia 16					CTHP	
Avete 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 avete subito un incidente automobilistico o un infortunio sul lavoro 18					SSA (RSDI)	
Avete 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 propria salute psicofisica o sicurezza e/o interferire con la privacy e la riservatezza della propria domanda o del documento di ricevimento di Medicaid? 20					Assistenza veterani	
					Child Health Plus	
					Idoneità COBRA	
					Servizio di aiuto infermiere	
					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 IN DOLLARI USA	

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 di Social Security (Facoltativo se incinta)	Operatore sanitario di base (Primary Care Provider, PCP) o Centro medico (selezionare la casella se è quello attuale)	Nome e num. ID del medico 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 22 – 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, IMPORTO
Lei o altre persone conviventi con lei avete una locazione, un mutuo o altre spese per l'alloggio?			DOLLARI
Lei o altre persone conviventi con lei ricevete la bolletta per il riscaldamento in modo separato dal canone di locazione o da altre spese per l'alloggio?			DOLLARI

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	
	Garanzia reale proprietà	
	Contratto di rimborso abitazione/utenze	

DA CONSIDERARE

- ✓ Restrizione delle utenze/combustibile
- ✓ Dare 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 22 – SISTEMAZIONE ABITATIVA (SEGUE)			
Lei o altre persone conviventi con lei sostenete le seguenti spese in modo separato dal canone di locazione o da altre spese per l'alloggio?	SI	NO	SE SÌ, IMPORTO
Elettricità (per necessità diverse dal riscaldamento: illuminare, cucinare, avere acqua calda, ecc.)	1		DOLLARI
Gas naturale (per necessità diverse dal riscaldamento; per esempio: cucinare, avere acqua calda, ecc.)	2		DOLLARI
Acqua	3		DOLLARI
Aria condizionata	4		DOLLARI
Propano (per necessità diverse dal riscaldamento)	5		DOLLARI
Fognatura	6		DOLLARI
Immondizia	7		DOLLARI
Altre utenze e spese Specificare _____	8		DOLLARI
Lei abita in un alloggio pubblico?	9		
Lei abita in un alloggio ai sensi della sezione 8, HUD, o altro alloggio sovvenzionato?	10		
Lei abita in un centro per il trattamento delle tossicodipendenze/abuso di alcol?	11		

COSTO RICORRENTI	COSTO MENSILE ATTUALE	NOME DEL FORNITORE	NUM. 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					

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

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

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE			
SEZIONE 23 – ALTRE SPESE			
Si prega di indicare se lei o altre persone con lei conviventi richiedenti la ricertificazione:	SI	NO	SE SÌ, INDICARE L'IMPORTO
Pagate il mantenimento per i figli	1		DOLLARI
Pagate il mantenimento del coniuge	2		DOLLARI
Pagate per l'assistenza all'infanzia	3		DOLLARI
Pagate per l'assistenza della persona a carico	4		DOLLARI
Versate tasse e quote scolastiche o altre spese per l'istruzione	5		DOLLARI
Sostenete 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		DOLLARI
Lei o altre persone con lei conviventi richiedenti la ricertificazione dovete pagare almeno quattro mesi di mantenimento per un figlio minore di 21 anni?	7	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO

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

SEZIONE 24 – ALTRE INFORMAZIONI					
Lei 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		
Lei 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
Lei o membri del suo nucleo familiare avete mai fatto parte delle forze armate U.S.A.? Chi? _____	10	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> NO		
Il suo coniuge è mai stato parte delle forze armate U.S.A.?	11	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> NO		
Nel proprio nucleo familiare 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		
Si prega di indicare se lei o altre persone con lei conviventi richiedenti la ricertificazione:		si	NO	CHI	
Lei o altre persone conviventi richiedenti la ricertificazione vi siete trasferiti nella presente contea da altra contea dello Stato di New York, negli ultimi due mesi?					
Lei o altre persone conviventi avete 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 a causa di frode/Violazione intenzionale del programma?					
Lei o altre persone con lei conviventi avete ricevuto prestazioni a cui non avevate diritto e che non sono state restituite completamente alla presente o ad altra agenzia?					
Lei o membri del suo nucleo familiare avete ricevuto una condanna per dichiarazioni o attestazioni di residenza fraudolente al fine di ricevere le prestazioni dell'Assistenza pubblica in due o più Stati?					
Lei o membri del suo nucleo familiare siete stati condannati per aver ricevuto fraudolentemente prestazioni SNAP doppie in uno Stato dopo il 22 settembre 1996?					
Lei o membri del suo nucleo familiare avete ricevuto una condanna per la compravendita di prestazioni SNAP per una cifra complessiva di almeno 500 dollari, dopo il 22 settembre 1996?					
Lei o membri del suo nucleo familiare avete ricevuto una condanna per scambio di prestazioni SNAP per ottenere armi da fuoco, munizioni o esplosivi o droghe?					
Lei o membri del suo nucleo familiare siete in fuga per evitare il procedimento penale, la detenzione o la reclusione a seguito di condanna per reato o tentato reato e siete ricercati dalle forze dell'ordine?					
Lei o altre persone del suo nucleo familiare state violando la libertà vigilata o la libertà condizionale decisa da un tribunale?					
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.					

NECESSARIO	RINVII	COMPLETATO	DA CONSIDERARE
	Prestazioni		✓ Deduzioni per la cura di persona a carico SNAP
	UIB		✓ Distretto responsabile fiscalmente (SSL 62.5)

RICHiesto	DOCUMENTAZIONE	AGLI ATTI
	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.

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

Il cliente riceve contribuzioni per la differenza? Sì No

Se la risposta è Sì, da chi? _____

In base alle informazioni contenute nella presente domanda di ricertificazione, è importante assicurarsi di riconsiderare la categoria. Soprattutto per PA è importante considerare quanto segue:

- Stato idoneo del figlio
- Stato di persone essenziali
- Estensioni assistenza familiare

La categoria è _____

Documentata da _____

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, 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 chiunque faccia domanda non possiedono un SSN, sarà necessario 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 di ricertificazione 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 chiarimenti, consultare il manuale di istruzioni (PUB-1313 per tutto il territorio statale) 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 (Home Energy Assistance Program, HEAP) (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, 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 nella presente domanda di ricertificazione, compresi tutti i SSN, potrebbero essere comunicate alle agenzie federali e statali, nonché alle agenzie private per la riscossione delle somme, in relazione alla procedura di riscossione.

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

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 locali 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.

Il Dipartimento dell'agricoltura degli Stati Uniti d'America (United States Department of Agriculture, USDA) inoltre proibisce la discriminazione sulla base della razza, colore, origine nazionale, sesso, credo religioso, disabilità, età, convinzioni politiche o per ritorsioni o rappresaglie dovute a precedenti attività legate ai 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 di assistenza supplementare per l'alimentazione, compilare il modulo USDA Program Discrimination Complaint Form, (AD-3027), disponibile online alla pagina: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html o 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, occorre contattare il numero della linea diretta USDA SNAP Hotline (800) 221-5689, anche in lingua spagnola, oppure contattare i numeri per le informazioni/la linea diretta dello Stato (fare clic sul link per ottenere un elenco dei numeri delle 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.A. (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 (PA), Medicaid, programma per l'assistenza supplementare per l'alimentazione (SNAP), prestazioni del programma di assistenza energia abitativa (Home Energy Assistance Program, HEAP), Servizi o Assistenza all'infanzia. 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.

Se presento la domanda di ricertificazione 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 ricertificazione, e che potrebbe 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 ai fini dell'assicurazione per disoccupazione, all'Ufficio di assistenza temporanea e disabilità dello Stato di New York (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 dell'Assistenza pubblica, Medicaid, o delle prestazioni del programma per l'assistenza supplementare per l'alimentazione, del programma di assistenza energia abitativa, dell'Assistenza all'infanzia, per cui si presenta domanda di ricertificazione 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 (Office of Children and Family Services, OCFS) e con il Dipartimento della salute dello Stato di New York (Department of Health, 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 le mie necessità, il mio indirizzo/residenza, la mia situazione abitativa, la composizione del mio nucleo familiare, il mio reddito, la mia situazione lavorativa, la mia proprietà/risorse, le spese di assistenza per le persone a carico, l'assicurazione medica, lo stato di cittadino/non-cittadino con stato d'immigrazione soddisfacente, lo stato di adulto abile al lavoro senza persone a carico (ABAWD - able-bodied adult without dependents), lo stato di gravidanza o sistemazione abitativa.

Nel caso di domanda di Assistenza all'infanzia, accetto di informare **immediatamente** l'agenzia di qualsiasi cambiamento nel 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 sanzionano con multe, reclusione o entrambe, se non si afferma la verità nella domanda di ricertificazione per Assistenza pubblica, per Medicaid, per il programma di assistenza supplementare per l'alimentazione, per i Servizi o l'Assistenza all'infanzia ("Assistenza, Prestazioni o Servizi"), oppure in qualsiasi momento si sia interrogati sulla propria ammissibilità, oppure se si spingono altri a non dire la verità sulla propria domanda o sulla sussistenza della propria ammissibilità. Si applicano sanzioni anche se si nascondono o non si comunicano fatti relativi alla propria iniziale o sussistente ammissibilità, in relazione ad Assistenza, Prestazioni o Servizi, oppure se si nascondono o non si comunicano fatti che possono incidere sul diritto di qualcuno per il quale si è presentata domanda di ricertificazione per ottenere o continuare a ricevere Assistenza, Prestazioni o Servizi. Se si è un Rappresentante autorizzato, tali Assistenza, Prestazioni 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 precedenti 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 inammissibile ai servizi di una struttura o residenza sanitaria assistenziale e ai servizi in deroga per assistenza domiciliare e nella comunità, per un certo periodo di tempo. 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 – 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 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 non idonei 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, al fine di 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 ed è possibile perdere il diritto a ricevere le prestazioni SNAP e/o subire altre sanzioni per atti che implicano:

- l'utilizzo di prestazioni SNAP per comprare articoli diversi dagli alimenti, quali alcol o sigarette;
- l'utilizzo di prestazioni SNAP per pagare cibo precedentemente acquistato a credito;
- consentire a qualcun altro di utilizzare la propria scheda di trasferimento elettronico delle prestazioni (EBT), in cambio di contanti, armi da fuoco, munizioni o esplosivi, o droga, oppure per acquistare cibo per persone non appartenenti al proprio nucleo familiare 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 di 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 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 a SNAP di una persona 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 dell'utilizzo o del 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 dollari USA (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 a 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 la ricertificazione 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 la ricertificazione 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 deduzione SNAP per tali spese. La mancata dichiarazione/prova delle suddette spese sarà considerata come espressione della volontà di non ricevere una deduzione per le spese che non sono state dichiarate/comprovate. La deduzione 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 deduzione sarà quindi applicata al calcolo delle prestazioni SNAP nei mesi successivi, secondo le norme per la segnalazione di variazioni (consultare sopra Come segnalare una variazione).

RAPPRESENTANTE AUTORIZZATO PER IL PROGRAMMA DI ASSISTENZA SUPPLEMENTARE PER L'ALIMENTAZIONE – È possibile autorizzare una persona, che conosca la situazione del proprio nucleo familiare, a presentare, nell'interesse del richiedente stesso, la domanda di ricertificazione al programma di assistenza supplementare per l'alimentazione (SNAP). È possibile anche autorizzare qualcuno non appartenente al proprio nucleo familiare a ricevere prestazioni SNAP per il richiedente o a impiegarle 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, facendola firmare nella sezione apposita, situata in fondo alla presente domanda di ricertificazione. 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 membro adulto responsabile del nucleo familiare SNAP devono entrambi apporre la firma e la data nella sezione in fondo alla presente domanda di ricertificazione, 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. Questa 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 per l'energia elettrica, il consumo di combustibile, il tipo di combustibile, il costo annuale del combustibile e la cronologia dei pagamenti all'Ufficio di assistenza temporanea e invalidità, al Distretto dei servizi sociali locale, e al Dipartimento per la salute e i servizi alle persone ai fini della misurazione dei risultati del Programma di assistenza energia abitativa per le persone a basso reddito (Low Income Home Energy Assistance Program, LIHEAP).

RILASCIO DI INFORMAZIONI MEDICHE – Autorizzo il rilascio di qualsiasi informazione medica, riguardante me o 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 (OCFS) o al distretto dei servizi sociali locale (SSD), nei limiti di quanto ragionevolmente necessario per la fornitura delle prestazioni dell'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 (sussidio supplementare di sicurezza del reddito); 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 previdenza sociale, le informazioni sopra specificate potrebbero essere comunicate alla stessa Amministrazione della previdenza 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 dell'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, autorizzo il locale Dipartimento dei servizi sociali e lo Stato di New York a condividere le informazioni sull'ammissibilità di mio/a figlio/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 su 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**, si ha il diritto di chiedere il rimborso delle spese sostenute 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 a Medicaid.

CESSIONE DI PRESTAZIONI ASSICURATIVE, ALTRE PRESTAZIONI E PAGAMENTI DIRETTI – In relazione all'Assistenza pubblica e 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 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 la presente domanda di ricertificazione. Inoltre, coopererò affinché tali prestazioni cedute siano rese disponibili al distretto dei servizi sociali presso cui viene presentata la presente domanda di ricertificazione.

Autorizzo a erogare direttamente i pagamenti dovuti a me o a membri del mio nucleo familiare, per le prestazioni assicurative mediche o per incidenti, 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 imposto un diritto di garanzia reale e che possa essere effettuato un recupero crediti sulla proprietà immobiliare posseduta dal 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 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 DI PUBLIC ASSISTANCE (PA - ASSISTENZA PUBBLICA) – La PA che si riceve per sé e per le persone della cui assistenza si è legalmente responsabili è recuperabile dalle proprietà e dal denaro che si possiede o si potrebbe 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 – SSI – Autorizzo il Commissario dell'Amministrazione della previdenza sociale (Social Security Administration, SSA) a utilizzare il mio primo pagamento SSI (per es. il mio pagamento SSI retroattivo) per rimborsare il Distretto dei servizi sociali locale 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. La SSA non rimborserà il SSD per la PA che è stata pagata utilizzando fondi federali.

La presente autorizzazione sarà vincolante nei miei confronti esclusivamente se lo Stato comunicherà alla SSA che io stesso e un rappresentante del 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 da 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 diverrò ammissibile alla ricezione delle prestazioni SSI oppure (2) il primo giorno del mio ripristino 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 (provvisoria) 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 potrà 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 alle prestazioni 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 un nuovo ricorso 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 (Family Assistance, FA), del Safety Net Assistance (SNA) o affido Titolo IV-E comporta la cessione allo Stato e al distretto dei servizi sociali di qualsiasi diritto di mantenimento, dovuto da chiunque altro, a cui il richiedente o il beneficiario potrebbe avere diritto personalmente oppure per conto di qualsiasi altro familiare per cui il richiedente o il beneficiario stia presentando la domanda o ricevendo l'assistenza [Legge sui servizi sociali, Sezioni 158 e 348 (Social Services Law, Sections 158 and 348)]. Questa cessione è limitata a determinate situazioni. Altre sezioni della presente domanda di ricertificazione contengono ulteriori cessioni.

CESSIONE DI DIRITTI DI MANTENIMENTO – Cedo allo Stato e al distretto dei servizi sociali ogni mio diritto di mantenimento dovuto da persone legalmente obbligate nei miei confronti e ogni diritto di mantenimento a me dovuto nell'interesse dei familiari per i quali sto presentando la domanda o 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 – 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 (HEAP). Acconsento inoltre all'utilizzo e alla trasmissione delle informazioni, fornite nella presente domanda di ricertificazione, ai programmi di assistenza per l'isolamento termico disponibili e ai programmi per persone con reddito basso delle società che mi erogano utenze.

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. Questa 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 per l'energia elettrica, il consumo di combustibile, il tipo di combustibile, il costo annuale del combustibile e la cronologia dei pagamenti all'Ufficio di assistenza temporanea e invalidità, al Distretto dei servizi sociali locale, e al Dipartimento per la salute e i servizi alle persone ai fini della misurazione dei risultati del Programma di assistenza energia abitativa per le persone a basso reddito (Low Income Home Energy Assistance Program, LIHEAP).

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 RELATIVA ALL'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 CHIUDERE LA PROPRIA PRATICA IN RELAZIONE A UNO O PIÙ PROGRAMMI.

CHIEDO LA CHIUSURA DELLA MIA PRATICA IN RELAZIONE AI SEGUENTI PROGRAMMI:

Assistenza pubblica Prestazioni di assistenza supplementare per l'alimentazione Assistenza medica

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

Motivo della richiesta: _____

Firma x _____

Data _____