

## DOMANDA PER IL PROGRAMMA DI ASSISTENZA ENERGIA DOMESTICA

Se le persone non vedenti o gravemente ipovedenti hanno necessità di ottenere questo modulo per la domanda in un formato alternativo, possono richiederlo al proprio distretto di servizi sociali. Per ulteriori informazioni relative ai tipi di formati disponibili e alle modalità di richiesta dei moduli per la domanda in un formato alternativo, consultare le istruzioni allegate, o visitare il sito [www.otda.ny.gov](http://www.otda.ny.gov).

Se è una persona non vedente o gravemente ipovedente desidera ricevere avvisi scritti in un formato alternativo?       Sì       No

In caso affermativo, selezioni il tipo di formato preferito:

Stampa a caratteri ingranditi       CD dati       CD audio

Braille, se conferma che nessuno degli altri formati alternativi sarà altrettanto efficace.

Se ha bisogno di un'altra soluzione, La preghiamo di contattare l'ufficio di servizi sociali di competenza.



# DOMANDA PER IL PROGRAMMA DI ASSISTENZA ENERGIA DOMESTICA

LEGGERE LE ISTRUZIONI ALLEGATE SUL RETRO DELLA DOMANDA. RISPONDERE A **TUTTE** LE DOMANDE. **NON** SCRIVERE NELLE AREE OMBREGGiate. SCRIVERE IN STAMPATELLO O A MACCHINA IN MODO CHIARO E FIRMARE IL MODULO A PAGINA 5. **COMPILARE LE SEGUENTI CASELLE BIANCHE CON INCHIOSTRO BLU O NERO.**

|  |         |                       |              |              |                                    |  |   |
|--|---------|-----------------------|--------------|--------------|------------------------------------|--|---|
| SE OCCORRE ASSISTENZA, RIVOLGERSI ALL'AGENZIA INDICATA SOPRA |         | RISERVATO ALL'AGENZIA |              |              |                                    |  |   |
|  |         | DSS                   |              |              | OFA/CERTIFICATORE ALTERNATIVO      |  |   |
|  |         | RICEVUTO IN DATA      |              |              | RICEVUTO IN DATA                   |  |   |
| <b>RISERVATO ALL'AGENZIA</b>                                 |         |                       |              |              |                                    |  |   |
| DATA DELLA DOMANDA   | UFFICIO | ID UNITÀ              | ID OPERATORE | TIPO PRATICA | NUMERO DI PRATICA                  | NUMERO REGISTRO                                  | VERS.                                   |
| NOME PRATICA   |         |                       |              |              | <input type="checkbox"/> NORMALE   | <input type="checkbox"/> IMP. RISCALDAMENTO      | <input type="checkbox"/> RAFFREDDAMENTO |
|  |         |                       |              |              | <input type="checkbox"/> EMERGENZA | <input type="checkbox"/> PULIZIA E MESSA A PUNTO | <input type="checkbox"/> ALTRO _____    |

## SEZIONE 1: COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE

|  |                |              |                                       |  |  |                   |                |
|--|----------------|--------------|---------------------------------------|--|--|-------------------|----------------|
| <b>INFORMAZIONI SUL RICHIEDENTE</b>  |                |              |                                       |  |  |                   |                |
| NOME   |                | Iniz. 2°nome | COGNOME                               |  |  |                   |                |
| <b>ALTRI NOMI CON CUI SONO STATO CONOSCIUTO:</b>   |                |              | <b>ALTRO NOME</b>                     |  |  | <b>ALTRO NOME</b> |                |
| INDIRIZZO (VIA/PIAZZA) ATTUALE   |                | N.           | LOCALITÀ                              |  |  |                   |                |
| STATO  | CODICE POSTALE | CONTEA       | DURATA PERMANENZA A QUESTO INDIRIZZO? |  | ANNI _____   | MESI _____        |                |
| NUMERO DI TELEFONO DOVE POSSO ESSERE RAGGIUNTO DI GIORNO<br>(Prefisso + N. telefono)   |                |              | ORARIO MIGLIORE PER CHIAMARE          |  | SE È NECESSARIO UN COLLOQUIO, PREFERIREI:<br><input type="checkbox"/> Colloquio telefonico <input type="checkbox"/> Colloquio di persona |                   |                |
| <b>IL MIO INDIRIZZO POSTALE (SE DIVERSO DAL PRECEDENTE) È:</b>   |                |              |                                       |  |  |                   |                |
| INDIRIZZO  |                | N.           | LOCALITÀ                              |  | CONTEA   | STATO             | CODICE POSTALE |
| IN PASSATO HA GIÀ PRESENTATO LA DOMANDA PER HEAP? <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO    SE SÌ, INSERIRE LA DATA DELLA DOMANDA PIÙ RECENTE ➔ _____ |                |              |                                       |  |  |                   |                |

**ELENCHI TUTTE LE PERSONE COMPRESO LEI CHE ATTUALMENTE VIVONO NELLA STESSA CASA (Se nessun altro, scriva **NESSUN ALTRO SOTTO AL SUO NOME**):**

| CD | N. RIGA | NOME | Iniz. 2°nome | COGNOME | DATA DI NASCITA |        |      | SESSO<br>M/F | IDENTITÀ DI GENERE<br>(Facoltativa)<br>Maschio, femmina, non-<br>binario, X, transgender,<br>identità differente (descrivere) | RAPPORTO<br>CON IL<br>RICHIEDENTE | NUMERO DI SICUREZZA<br>SOCIALE | CITTADINO/<br>NAZIONALE<br>O<br>STRANIERO<br>QUALIFICATO |
|----|---------|------|--------------|---------|-----------------|--------|------|--------------|---|-----------------------------------|--------------------------------|--|
|    |         |      |              |         | MESE            | GIORNO | ANNO |              |   |                                   |                                |  |
| 1  | 01      |      |              |         |                 |        |      |              |   | <b>SE STESSO</b>                  |                                | <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO  |
| 1  | 02      |      |              |         |                 |        |      |              |   |                                   |                                | <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO  |
| 1  | 03      |      |              |         |                 |        |      |              |   |                                   |                                | <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO  |
| 1  | 04      |      |              |         |                 |        |      |              |   |                                   |                                | <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO  |
| 1  | 05      |      |              |         |                 |        |      |              |   |                                   |                                | <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO  |
| 1  | 06      |      |              |         |                 |        |      |              |   |                                   |                                | <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO  |

Se nel nucleo familiare vi sono altre persone, allegare un foglio a parte.

Numero totale dei componenti del nucleo familiare: \_\_\_\_\_

All'interno del nucleo familiare sono presenti altre persone non vedenti o disabili?     SÌ     NO    Se sì, chi? \_\_\_\_\_

**IL RICHIEDENTE O ALTRA PERSONA CHE VIVE AL SUO INDIRIZZO RICEVE O HA PRESENTATO RECENTEMENTE DOMANDA PER IL PROGRAMMA DI ASSISTENZA SUPPLEMENTARE PER L'ALIMENTAZIONE (SUPPLEMENTAL NUTRITION ASSISTANCE PROGRAM, SNAP)?**

SÌ     NO    Se sì chi? \_\_\_\_\_    NUMERO DI PRATICA \_\_\_\_\_

**IL RICHIEDENTE O ALTRA PERSONA CHE VIVE AL SUO INDIRIZZO RICEVE O HA PRESENTATO RECENTEMENTE DOMANDA PER L'ASSISTENZA TEMPORANEA?**

SÌ     NO    Se sì chi? \_\_\_\_\_    NUMERO DI PRATICA \_\_\_\_\_

**SEZIONE 2: ALLOGGIO – SPUNTARE (✓) SOLO UNA CASELLA**

|   |   |
|---|---|
| <b>PROPRIETARIO</b><br><input type="checkbox"/> Casa monofamiliare o Casa mobile<br><input type="checkbox"/> Casa multifamiliare; Indicare il numero di unità abitative _____<br><input type="checkbox"/> Proprietario in cooperativa/condominio<br><input type="checkbox"/> Nuda proprietà/Comodato d'uso<br><b>ALTRO</b><br><input type="checkbox"/> Vivo con altre persone e condivido le spese<br><input type="checkbox"/> Pago una stanza<br><input type="checkbox"/> Pago vitto e alloggio<br><input type="checkbox"/> Hotel/motel permanente<br>Altra sistemazione abitativa _____ | <b>AFFITTUARIO</b><br><input type="checkbox"/> Casa privata, Appartamento o Casa mobile<br><b>AFFITTO SOVVENZIONATO</b><br><input type="checkbox"/> Alloggio in sovvenzione privata<br><input type="checkbox"/> Progetto di edilizia pubblica o Residenza per anziani<br><input type="checkbox"/> Alloggio in sovvenzione pubblica<br>Riceve un'indennità per utenze HUD?<br><input type="checkbox"/> Sì°Se sì, quanti \$ _____ <input type="checkbox"/> No |
| <b>IL PAGAMENTO DEL MIO AFFITTO O MUTUO MENSILE È DI:</b><br>\$ _____ <input type="checkbox"/> NESSUNO  |   |
| <b>SE APPLICABILE, IL NOME DELL'EDIFICIO DELL'APPARTEMENTO O DEL PROGETTO ABITATIVO IN CUI ABITO È:</b><br>_____  |   |
| <b>IL RICHIEDENTE O QUALCUNO DEL SUO NUCLEO FAMILIARE RICEVE UN'ESENZIONE DALL'AUMENTO DELL'AFFITTO PER CITTADINI ANZIANI (SENIOR CITIZEN RENT INCREASE EXEMPTION, SCRIE)?</b><br><input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> NO   |   |

**SEZIONE 3: INFORMAZIONI SUL RISCALDAMENTO E SULLE UTENZE**

|   |  |
|---|--|
| <b>1. IL RICHIEDENTE PAGA A PARTE PER IL RISCALDAMENTO?</b> <input type="checkbox"/> Sì- <b>Compilare le informazioni qui di seguito</b> <input type="checkbox"/> No  |  |
| <b>La mia fonte principale di riscaldamento è</b><br><input type="checkbox"/> Gas naturale <input type="checkbox"/> Olio combustibile <input type="checkbox"/> Elettrica <input type="checkbox"/> Carbone o granaglie<br><input type="checkbox"/> Legna/Pellet di legno <input type="checkbox"/> Cherosene <input type="checkbox"/> Propano o bombola di gas <input type="checkbox"/> Altro _____ |  |
| Il mio serbatoio di combustibile è: <input type="checkbox"/> Serbatoio individuale <input type="checkbox"/> Serbatoio con contatore a consumo   |  |
| La bolletta del riscaldamento è a suo nome? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> NO<br>Se No, intestatario della fattura: _____ Relazione con il richiedente: _____   |  |
| Il richiedente è direttamente responsabile del pagamento della bolletta? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> NO  |  |
| Il nome dell'azienda che fornisce il riscaldamento è: _____<br>Indirizzo dell'azienda che fornisce il riscaldamento: _____<br>_____   |  |
| Il numero di conto riscaldamento del richiedente è: _____   |  |
| <b>2. IL RICHIEDENTE PAGA UNA BOLLETTA ELETTRICA A PARTE PER UTENZE DIVERSE DAL RISCALDAMENTO?</b><br><input type="checkbox"/> Sì – <b>Compilare le informazioni qui di seguito</b> <input type="checkbox"/> NO   |  |
| Se sì la bolletta dell'energia elettrica è intestata al richiedente? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> NO Se No, nome dell'intestatario della bolletta _____   |  |
| Il numero di conto dell'energia elettrica del richiedente (se ne ha uno) è: _____   |  |
| Il nome dell'azienda che fornisce l'utenza è: _____   |  |
| Serve l'elettricità per accendere la caldaia? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> NO   |  |
| L'elettricità è necessaria per il funzionamento del termostato nell'appartamento? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> NO   |  |
| <b>3. IL RISCALDAMENTO E L'ELETTRICITÀ SONO ENTRAMBI INCLUSI NELL'AFFITTO?</b> <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> NO  |  |

## SEZIONE 4: REDDITO FAMILIARE

INDICARE OGNI REDDITO RELATIVO A **TUTTI I COMPONENTI DEL NUCLEO FAMILIARE**. TUTTI GLI IMPORTI DEVONO ESSERE INDICATI COME **REDDITO MENSILE LORDO** PRIMA DELLE EVENTUALI DEDUZIONI. SE OCCORRE, ALLEGARE ALTRI FOGLI.

| SELEZIONARE SÌ O NO PER CIASCUNO (✓)                    | TIPO DI REDDITO   | SE SÌ, INDICARE L'IMPORTO MENSILE   | INFORMAZIONI AGGIUNTIVE   | CHI RICEVE?                       |
|---|---|---|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO | IMPORTO DI SICUREZZA SOCIALE<br>PRIMA DI MEDICARE PARTI B E D   | IMPORTO LORDO MENSILE<br>\$   | Indicare l'importo che il richiedente paga per:<br>Medicare<br>Parte B:<br><br>Medicare<br>Parte D: |                                   |
| <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO | IMPORTO DI SICUREZZA SOCIALE DI INVALIDITÀ<br>PRIMA DI MEDICARE PARTI B E D   | IMPORTO LORDO MENSILE<br>\$   | Indicare l'importo che il richiedente paga per:<br>Medicare<br>Parte B:<br><br>Medicare<br>Parte D: |                                   |
| <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO | RENDITE PREVIDENZIALI INTEGRATIVE (SUPPLEMENTAL SECURITY INCOME, SSI)   | IMPORTO LORDO MENSILE<br>\$   |   |                                   |
| <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO | RETRIBUZIONI<br>PRESENTARE LE BUSTE PAGA DELLE ULTIME 4 SETTIMANE.<br><br>Nota: gli importi <b>lordi settimanali</b> sono moltiplicati per 4,333333 per calcolare l'importo mensile.<br><br>Gli importi <b>lordi bi-settimanali</b> sono moltiplicati per 2,166666 per calcolare l'importo mensile.   | <input type="checkbox"/> SETTIMANALE \$<br><input type="checkbox"/> BI-SETTIMANALE \$<br><input type="checkbox"/> MENSILE \$<br><input type="checkbox"/> QUINDICINALE | Datore di Lavoro  |                                   |
|   |   | <input type="checkbox"/> SETTIMANALE \$<br><input type="checkbox"/> BI-SETTIMANALE \$<br><input type="checkbox"/> MENSILE \$<br><input type="checkbox"/> QUINDICINALE | Datore di Lavoro  |                                   |
|   |   | <input type="checkbox"/> SETTIMANALE \$<br><input type="checkbox"/> BI-SETTIMANALE \$<br><input type="checkbox"/> MENSILE \$<br><input type="checkbox"/> QUINDICINALE | Datore di Lavoro  |                                   |
|   |   | <input type="checkbox"/> SETTIMANALE \$<br><input type="checkbox"/> BI-SETTIMANALE \$<br><input type="checkbox"/> MENSILE \$<br><input type="checkbox"/> QUINDICINALE | Datore di Lavoro  |                                   |
| <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO | PENSIONI Private e/o pubbliche  | IMPORTO LORDO MENSILE<br>\$   | Erogatore della pensione  |                                   |
| <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO | ASSEGNI DI VETERANO   | IMPORTO LORDO MENSILE<br>\$   |   |                                   |
| <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO | DISABILITÀ privato o NYS  | IMPORTO LORDO SETTIMANALE<br>\$   | Fonte   |                                   |
| <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO | CONTRIBUTO da qualcuno non appartenente al nucleo familiare   | IMPORTO LORDO MENSILE<br>\$   | Nome di chi eroga il contributo   |                                   |
| <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO | MANTENIMENTO FIGLI  | IMPORTO LORDO SETTIMANALE<br>\$   | Fonte   |                                   |
| <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO | ALIMENTI/MANTENIMENTO DEL CONIUGE, compresi i pagamenti per mutuo, utenze, fatture, ecc.  | IMPORTO LORDO MENSILE<br>\$   | Fonte   |                                   |
| <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO | REDDITO DA AFFITTO appartamento, garage, terreno, ecc.  | IMPORTO LORDO MENSILE<br>\$   | Tipo di affitto   |                                   |
| <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO | ALLOGGIO/VITTO (ricevuto) ecc.  | IMPORTO LORDO MENSILE<br>\$   | Nome di chi usufruisce di alloggio/vitto  |                                   |
| <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO | ASSICURAZIONE INFORTUNI SUL LAVORO  | IMPORTO LORDO SETTIMANALE<br>\$   |   |                                   |
| <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO | SUSSIDI DI DISOCCUPAZIONE   | IMPORTO LORDO SETTIMANALE<br>\$   | Data iniziale:<br><br>Data finale:  |                                   |
| <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO | Reddito da risparmi, conti correnti, certificati di deposito, conti del mercato monetario, azioni, obbligazioni, titoli. IRA (conto pensionistico individuale), rendita annua e distribuzioni 401K.   | <b>INSERIRE LE INFORMAZIONI ALLA PAGINA SUCCESSIVA</b>  |   |                                   |
| <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO | ESISTE QUALSIASI ALTRO REDDITO PROVENIENTE DA QUALSIASI ALTRA FONTE? ALLEGARE SPIEGAZIONE   | IMPORTO<br>\$   | Fonte   | CHI RICEVE                        |
| <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO | REDDITO DA LAVORO AUTONOMO _____<br>TIPO DI AZIENDA _____<br>Se la risposta è sì, il richiedente può scegliere di far calcolare il reddito da lavoro autonomo in base alla denuncia dei redditi federale presentata per l'anno in corso o l'anno fiscale precedente (se non sia ancora avvenuta la presentazione per l'anno in corso), includendo tutti gli allegati pertinenti, oppure in base ai tre (3) mesi prima della domanda. Scegliere uno dei metodi:<br><input type="checkbox"/> Denuncia dei redditi federale presentata <input type="checkbox"/> Tre mesi |   |   | <input type="checkbox"/> Tre mesi |

NEL NUCLEO FAMILIARE DEL RICHIEDENTE VI SONO PERSONE CHE HANNO COMPIUTO ALMENO 18 ANNI CHE **NON** HANNO REDDITI DA ALCUN INTROITO?

SÌ, indicare i componenti senza alcun reddito:  NO

NEL NUCLEO FAMILIARE DEL RICHIEDENTE VI SONO PERSONE A CARICO CHE FREQUENTANO A TEMPO PIENO LA SCUOLA SUPERIORE O IL COLLEGE?

SÌ, elencare il/i componente/i:  NO

### REDDITO DA INTERESSI E INVESTIMENTI

| INDICARE SEPARATAMENTE CIASCUN CONTO. SE OCCORRE, ALLEGARE ALTRI FOGLI.                           | IMPORTO RICEVUTO DALL'INIZIO DELL'ANNO | FONTE                     |
|---|--|---------------------------|
| INTERESSI da risparmi, conti correnti, certificati di deposito, conti del mercato monetario, ecc. | \$                                     | Nome della banca          |
| INTERESSI da risparmi, conti correnti, certificati di deposito, conti del mercato monetario, ecc. | \$                                     | Nome della banca          |
| INTERESSI da risparmi, conti correnti, certificati di deposito, conti del mercato monetario, ecc. | \$                                     | Nome della banca          |
| INTERESSI da risparmi, conti correnti, certificati di deposito, conti del mercato monetario, ecc. | \$                                     | Nome della banca          |
| DIVIDENDI da azioni, obbligazioni, titoli, ecc.   | \$                                     | Fonte dei dividendi       |
| DIVIDENDI da azioni, obbligazioni, titoli, ecc.   | \$                                     | Fonte dei dividendi       |
| DIVIDENDI da azioni, obbligazioni, titoli, ecc.   | \$                                     | Fonte dei dividendi       |
| DIVIDENDI da azioni, obbligazioni, titoli, ecc.   | \$                                     | Fonte dei dividendi       |
| DISTRIBUZIONI da IRA, 401K, rendita annua, ecc.   | \$                                     | Fonte delle distribuzioni |
| DISTRIBUZIONI da IRA, 401K, rendita annua, ecc.   | \$                                     | Fonte delle distribuzioni |
| DISTRIBUZIONI da IRA, 401K, rendita annua, ecc.   | \$                                     | Fonte delle distribuzioni |

### RAPPRESENTANTE AUTORIZZATO

Il richiedente può nominare come suo Rappresentante autorizzato qualcuno che conosce la situazione del suo nucleo familiare. Il Rappresentante autorizzato può: compilare e presentare la domanda HEAP del richiedente, contattare l'agenzia e parlare con l'operatore che si occupa del richiedente, accedere alle informazioni sull'ammissibilità nella pratica, compilare tutti i moduli al posto del richiedente, fornire documentazione, ricorrere contro le decisioni dell'agenzia. Il richiedente deve comunque firmare la presente domanda. La nomina del Rappresentante autorizzato resterà valida per la stagione HEAP corrente, a meno che il richiedente non la revochi. Ad ogni stagione HEAP viene chiesto se si desidera nominare un Rappresentante Autorizzato.

Vorrei nominare un rappresentante autorizzato.  SÌ - Compilare le informazioni qui di seguito  NO

Nome del rappresentante autorizzato:

Indirizzo e numero di telefono:

**FIRMARE LA DOMANDA A PAGINA 5**

**SEZIONE 5: AVVISO IMPORTANTE****AVVISO IMPORTANTE**

IL RICHIEDENTE DEVE ESSERE CONSAPEVOLE CHE I FONDI A DISPOSIZIONE PER I PAGAMENTI HEAP SONO LIMITATI. UNA VOLTA ESAURITO IL DENARO DISPONIBILE, NON SARÀ PIÙ EROGATA ALCUNA PRESTAZIONE. PERTANTO, SI CONSIGLIA VIVAMENTE DI COMPILARE E PRESENTARE LA DOMANDA PRIMA POSSIBILE.

**LEGGE SULLA PRIVACY PERSONALE - COMUNICAZIONE AL CLIENTE**

La legge statale in materia di tutela della privacy personale (Personal Privacy Protection Law), entrata in vigore il 1° settembre 1984, stabilisce il nostro obbligo di dichiarare al richiedente come lo Stato si comporterà rispetto alle informazioni che il richiedente ci fornisce su se stesso e sulla sua famiglia. Utilizziamo le informazioni per accertare se il richiedente abbia diritto ad usufruire del Programma di assistenza energia abitativa (Home Energy Assistance Program, HEAP) e, in caso affermativo, con quale importo. La sezione della legge che ci conferisce il diritto di raccogliere le informazioni sul richiedente è la Sezione 21 della Legge sui servizi sociali (Social Services Law). Affinché il richiedente e la sua famiglia possano ricevere tutta l'assistenza alla quale hanno legalmente diritto, controlliamo presso altre fonti per approfondire le informazioni che il richiedente ci ha fornito. Ad esempio:

- Potremmo eseguire controlli per accertare se il richiedente o qualcuno del suo nucleo familiare lavorasse. Per procedere a tale accertamento, inviamo il nome e il numero di sicurezza sociale (Social Security Number) del richiedente al Dipartimento di Stato delle imposte e delle finanze (State Department of Taxation and Finance), nonché ai datori di lavoro a noi noti, affinché ci dicano se il richiedente ha lavorato e, in caso affermativo, quanto ha guadagnato.
- Potremmo chiedere allo Stato di controllare presso la Divisione dell'assicurazione per disoccupazione (Unemployment Insurance Division), per accertare se il richiedente o qualcuno del suo nucleo familiare stesse ricevendo sussidi di disoccupazione.
- Potremmo controllare presso le banche per verificare la completezza delle nostre conoscenze su tutti i redditi che il richiedente o chiunque nel suo nucleo familiare potrebbe aver ricevuto.

Oltre a utilizzare in tal modo le informazioni fornite dal richiedente, lo Stato utilizza i dati per elaborare statistiche su tutte le persone che ricevono l'assistenza per l'energia abitativa. Tali dati sono utili per pianificare e gestire il programma. 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. Vengono utilizzate per verificare chi sia il fornitore di energia del richiedente e per effettuare alcuni pagamenti a suo favore. La mancata comunicazione delle informazioni che ci sono necessarie potrebbe impedirci di accertare il diritto all'assistenza del richiedente, con la conseguenza che potremmo respingere la domanda. Queste informazioni sono conservate dal Commissario, nell'Ufficio di assistenza temporanea e disabilità (Office of Temporary and Disability Assistance, OTDA), 40 North Pearl Street, Albany, New York 12243-0001. Il richiedente non deve inviare la sua domanda a tale indirizzo. Se il richiedente o qualcuno del suo nucleo familiare non ha il numero di sicurezza sociale, è indispensabile che tale numero sia chiesto presso l'Amministrazione della Sicurezza Sociale degli Stati Uniti.

**Si prega di leggere attentamente le informazioni riportate di seguito**

Giuro e/o dichiaro che le informazioni fornite per questa domanda e i successivi colloqui telefonici corrispondono al vero e sono esatti. Sono consapevole che ogni dichiarazione intenzionalmente falsa o ogni altra attestazione deliberatamente errata da me rilasciate in relazione alla presente domanda e alle successive richieste di assistenza HEAP potrebbero comportare l'inammissibilità al versamento dell'assistenza pagata a mio favore o per mio conto. Inoltre, qualsiasi dichiarazione intenzionalmente falsa o attestazione deliberatamente errata prodotte al fine di ottenere l'assistenza nell'ambito di questo programma potrebbe determinare una procedura contro di me che potrebbe comportare sanzioni civili e/o penali.

**CONSENSO**

Firmando questa Domanda/Certificazione, acconsento a qualsiasi indagine per la verifica o la conferma delle informazioni che ho fornito e ad altre indagini da parte di qualsiasi agenzia governativa autorizzata in relazione alla presente domanda e a qualsiasi altra richiesta di prestazioni previste dal 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 sicurezza sociale per verificare la ricevuta di HEAP presso i miei fornitori di energia abitativa. Questa autorizzazione comprende anche il consenso accordato a qualsiasi mio fornitore di energia abitativa (includere utenze) a fornire determinate informazioni statistiche, inclusi, ma non limitatamente a, il mio consumo elettrico, i costi 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 disabilità, al locale Distretto dei Servizi Sociali (Social Services District, SSD), e al Dipartimento per la salute e i servizi alle persone degli Stati Uniti (United States Department of Health and Human Services) 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).

**PER OTTENERE HEAP, È INDISPENSABILE AVER RISPOSTO A TUTTE LE DOMANDE E CHE SULLA DOMANDA SIANO STATE APPOSTE LA FIRMA DEL RICHIEDENTE E LA DATA.**

**FIRMARE QUI:**

DATA DELLA FIRMA

**X**

NOME DELL'EVENTUALE PERSONA CHE HA FORNITO ASSISTENZA AL RICHIEDENTE:

NUMERO DI TELEFONO:





**RISERVATO ALL'AGENZIA****NOTE E FOGLIO DI CALCOLO DEL REDDITO****STATO DEL RESOCONTO FEDERALE SUL SERVIZIO DI ENERGIA ABITATIVA****IL NUCLEO FAMILIARE HA UNA O PIÙ DELLE SEGUENTI CONDIZIONI - SELEZIONARE TUTTO CIÒ CHE È APPLICABILE**

- Una notifica di interruzione. Nome società: \_\_\_\_\_
- Interruzione del servizio. Nome società: \_\_\_\_\_
- Meno di ¼ del serbatoio di combustibile. Nome società: \_\_\_\_\_
- Riserva di combustibile inferiore a 10 giorni. Nome società: \_\_\_\_\_
- Combustibile esaurito. Nome società: \_\_\_\_\_
- Una caldaia/impianto di riscaldamento che devono essere sostituiti
- Elettricità come fonte integrativa per riscaldamento.
- Legna come combustibile integrativo per riscaldamento.
- Altro combustibile integrativo per riscaldamento.
- Aria condizionata centralizzata.
- Un condizionatore d'aria a muro o da finestra.

PROGRAMMA DI ASSISTENZA ENERGIA ABITATIVA DI NEW YORK  
(HEAP)  
**ISTRUZIONI SULLA DOMANDA**

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

- Stampa a caratteri ingranditi;
- Formato dati (un documento elettronico con schermata ad accesso facilitato);
- Formato audio (una trascrizione audio dei formati alternativi o delle domande del modulo di richiesta) e
- Braille, se si afferma che nessuno dei formati alternativi di cui sopra sarà altrettanto efficace per voi.

Le domande e le istruzioni sono disponibili anche per il download nei formati a caratteri ingranditi, dati e audio dal sito [www.otda.ny.gov](http://www.otda.ny.gov). Si prega di notare che le domande sono disponibili in formato audio e Braille esclusivamente a scopo informativo. Per presentare la propria richiesta, è necessario inoltrare una domanda scritta non nei formati alternativi.

In caso di disabilità che impediscono la compilazione della domanda e/o se si è in attesa del colloquio, avvertirne il proprio DSS. Il DSS si impegnerà in ogni modo per fornire una sistemazione ragionevole che soddisfi le necessità del richiedente.

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

#### **IMPORTANTI INFORMAZIONI SULLE DATE DEL PROGRAMMA**

Le prestazioni HEAP sono disponibili solo quando il programma è aperto. Le date di apertura e chiusura sono stabilite per ciascun anno di programma. Le date di apertura per le componenti dei prestazioni normali e i benefici d'emergenza possono essere diverse. Le informazioni sulle date di apertura e chiusura relative al programma di quest'anno sono riportate sul sito Web OTDA alla pagina <http://www.otda.ny.gov> o chiamando il numero verde 1-800-342-3009.

**FORMATI ALTERNATIVI:** Selezionare "Sì" o "NO" per indicare se si è ciechi o gravemente ipovedenti, si preferisce ricevere gli avvisi scritti in un formato alternativo. Se "Sì", selezionare il tipo di formato preferito. I formati alternativi sono disponibili a caratteri ingranditi, CD dati, CD audio o in Braille, se si afferma che nessuno degli altri formati alternativi è ugualmente efficace per voi. Se si necessita di un'altra sistemazione o di un aiuto per la compilazione di questa domanda, si prega di contattare il proprio SSD.

**ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE DELLA DOMANDA:**

Compilare tutte le aree non ombreggiate e rispondere a tutte le domande.

**Chi deve compilare e firmare la domanda?**

La domanda deve essere compilata dalla persona che ha la responsabilità primaria e diretta del pagamento della bolletta del riscaldamento o l'inquilino principale, se il riscaldamento è incluso nell'affitto.

**Quale indirizzo devo indicare?**

Occorre indicare il proprio indirizzo attuale. Deve trattarsi della propria residenza permanente e principale.

**Perché vi serve il mio recapito telefonico diurno?**

È importante indicare un numero di telefono presso il quale è possibile raggiungere il richiedente. Tale indicazione sarà utile per elaborare tempestivamente la domanda, se saranno necessarie ulteriori informazioni.

**Sarà necessario un colloquio?**

Per alcuni richiedenti potrebbe essere necessario un colloquio. Il richiedente può scegliere tra un colloquio telefonico o un colloquio di persona. Occorre indicare la propria preferenza riguardo al colloquio nella casella a pagina 1. La compilazione di tale sezione non significa che sarà necessario un colloquio.

Per tutte le domande di riparazione o sostituzione di impianti di riscaldamento è obbligatorio sostenere un colloquio di persona.

**Chi devo elencare come componenti del nucleo familiare?**

Occorre indicare che vive nella casa del richiedente, anche se non sono correlati alla sua persona o non contribuiscono finanziariamente al suo nucleo familiare. È possibile che sia necessario fornire la prova dell'identità per tutti i componenti del nucleo familiare. Il richiedente deve indicare se stesso per primo alla riga 1. Se il richiedente vive solo, deve scrivere la parola "nessuno" alla riga 2.

**Identità di genere**

Lo Stato di New York garantisce il diritto di accedere ai sussidi e/o ai servizi dello Stato indipendentemente dal sesso, dall'identità o dall'espressione di genere. Al richiedente è fatto carico di fornire informazioni sul proprio sesso e quello dei membri del nucleo familiare, selezionando tra maschile e femminile. Il sesso riportato deve essere lo stesso di quello attualmente registrato presso l'Amministrazione della Sicurezza Sociale degli Stati Uniti (United States Social Security Administration). Le informazioni relative al sesso sono necessarie per elaborare la richiesta. Esse non compariranno su nessuna tessera che verrà fornita o su qualsiasi altro documento pubblico.

L'identità di genere è rappresentata dalla propria percezione e da come ci si rappresenta agli altri. La Sua identità di genere potrebbe coincidere o meno con il sesso assegnato alla nascita. La qualificazione dell'identità di genere non è richiesta su questo modulo. Se l'identità di genere del richiedente, o l'identità di genere di altri membri del nucleo familiare è diversa dal sesso dichiarato per quella persona e il richiedente vuole fornire l'identità di genere di quella persona, scrivere in stampatello "Maschio", "Femmina", "Non-binario", "X", "Transgender", o "Identità differente" nell'apposito spazio. Se si scrive "Identità differente" si può scegliere di descrivere con maggiore dettaglio l'identità di genere della persona nell'apposito spazio.

**Informazioni cittadino/straniero:**

Per ricevere l'HEAP, il richiedente deve essere un cittadino statunitense, uno straniero qualificato o un nazionale non cittadino statunitense. Per ulteriori informazioni sui requisiti di Straniero Qualificato o nazionale non statunitense, è possibile rivolgersi alla linea diretta dell'Ufficio di assistenza temporanea e disabilità dello Stato di New York al numero 1-800-342-3009 o visitare il sito Web OTDA alla pagina <http://www.otda.ny.gov>.

**Perché devo fornire i numeri di sicurezza sociale per tutti?**

Sono necessari i numeri di sicurezza sociale di tutti i componenti del nucleo familiare. Le informazioni vengono convalidate con i dati dell'Amministrazione della Sicurezza Sociale. Se qualche componente non ha il numero di sicurezza sociale ma ne ha fatto richiesta, occorre scrivere la parola "richiesto" nella casella del numero di sicurezza sociale. Se si lascia vuota tale sezione in relazione a qualsiasi componente del nucleo familiare, la domanda non potrà essere elaborata ma resterà in sospeso in attesa di ulteriori informazioni. Tali informazioni potrebbero essere utilizzate anche per eseguire associazioni di dati con altre agenzie statali e federali allo scopo di verificare l'ammissione del nucleo familiare a HEAP.

**Informazioni sulla sistemazione abitativa**

Selezionare la casella che descrive con maggiore precisione la situazione abitativa del richiedente.

**Situazione sul riscaldamento**

Accertarsi di aver risposto a tutte e tre (3) le domande

**Come devo compilare la sezione relativa al reddito? Dovrò fornire giustificativi?**

Occorre elencare TUTTO il reddito relativo a tutti i componenti del nucleo familiare. Tutti gli importi devono essere indicati come reddito lordo prima di ogni deduzione. Tra le deduzioni rientrano, oltre ad altri elementi: imposte sul reddito, mantenimento figli, pignoramenti, assicurazione sanitaria e quote sindacali. Il richiedente deve presentare la documentazione relativa a tutto il reddito guadagnato, compreso il reddito proveniente da lavoro autonomo e affitto. È possibile che gli venga chiesto di fornire la prova di altri redditi. Per i tipi specifici della documentazione accettabile, consultare la pagina 6 delle istruzioni relative alla domanda. Non consegnare gli originali, perché i documenti forniti non saranno restituiti. L'ammissibilità si baserà sul reddito lordo mensile del nucleo familiare per il mese della domanda.

Inserire l'importo della propria Sicurezza sociale prima di ogni deduzione per Medicare. Elencare separatamente gli importi pagati per Medicare Parte B e/o D. Gli importi pagati per Medicare Parti B e D sono esclusi come reddito.

Inserire solo le quote di interessi o dividendi di conti bancari, certificati di deposito, azioni, obbligazioni o altro reddito da investimenti. Indicare separatamente ciascun conto. Se occorre altro spazio, allegare altri fogli. Immettere l'importo ricevuto finora quest'anno.

**Cosa significa rappresentante autorizzato?**

Un rappresentante autorizzato è una persona che può agire come agente del richiedente ai fini HEAP indicati nella domanda. Lo stato di rappresentante autorizzato riguarda esclusivamente il programma in corso e il richiedente può revocarlo in qualsiasi momento durante il programma inviando una dichiarazione al proprio Distretto dei Servizi Sociali locale. Poiché è possibile che tale persona debba fornire informazioni per conto del richiedente, deve conoscerne bene la situazione.

**Accertarsi di aver apposto la FIRMA e la data sulla domanda.** La domanda deve essere firmata dalla persona intestataria della bolletta del riscaldamento o dalla persona che paga la bolletta, se è intestata ad altri. Se il riscaldamento è incluso nell'affitto, la domanda deve essere compilata e firmata dall'inquilino primario.

**Registrazione Motor Voter**

Includere nella domanda il modulo Motor Voter. Il richiedente deve compilare questo modulo se non è registrato per il voto e intende registrarsi. Tale indicazione non influenza l'ammissibilità HEAP o l'importo della prestazione.

**COSA SERVE PER PRESENTARE LA DOMANDA?**

I nuovi richiedenti dovranno includere nella loro domanda la seguente documentazione:

- Prova dell'identità di ciascun componente del nucleo familiare
- Un numero di sicurezza sociale valido per ciascun componente del nucleo familiare
- Prova della residenza
- Una bolletta del combustibile e/o dell'utenza, se il richiedente paga il riscaldamento oppure la prova che paga l'affitto che include il riscaldamento
- Documentazione del reddito relativo a tutti i componenti del nucleo familiare

Per i tipi specifici della documentazione accettabile, consultare la pagina 6 delle istruzioni relative alla domanda. Inoltre, i nuovi richiedenti dovranno anche avere un colloquio; è possibile scegliere tra il colloquio telefonico e il colloquio di persona. Tuttavia, se si sceglie il colloquio telefonico, occorre includere a pagina 1 della domanda un numero di telefono funzionante e l'orario migliore per contattare il richiedente per il colloquio telefonico.

Tutte le domande di riparazione o sostituzione di impianti di riscaldamento devono essere presentate di persona con la documentazione completa.

**DOVE SI PRESENTA LA DOMANDA:**

La domanda deve essere presentata nella contea in cui il richiedente risiede attualmente. È possibile presentare la domanda di persona oppure inviarla per posta all'indirizzo riportato sull'intestazione della domanda o, in alternativa, è possibile individuare altri certificatori locali consultando il nostro sito Web alla pagina <http://www.otda.ny.gov>.

**MY BENEFITS (LE MIE PRESTAZIONI)**

È possibile presentare domanda per HEAP visitando la pagina <https://www.mybenefits.ny.gov>. Una volta presentata la propria domanda per HEAP, è possibile verificare lo stato della domanda online utilizzando il proprio account di sicurezza sociale alla pagina <https://www.mybenefits.ny.gov>. In caso di approvazione della domanda, si riceverà l'importo della prestazione. Il beneficiario può aver diritto all'assistenza alimentare. Verificare l'idoneità alla presentazione della domanda per SNAP alla pagina <https://www.mybenefits.ny.gov>. Ulteriori informazioni su HEAP e altri programmi per i servizi alla persona sono reperibili alla pagina <https://www.mybenefits.ny.gov>.

### **Come saranno pagate le prestazioni?**

Se la domanda del richiedente viene approvata e il richiedente paga il riscaldamento, il pagamento sarà inviato al fornitore del combustibile per riscaldamento. La comunicazione dell'ammissibilità riporterà il nome del fornitore. Se il fornitore indicato non risulta corretto, il richiedente dovrà comunicarlo immediatamente al locale Distretto dei Servizi Sociali (Social Services District). In alcuni casi, le prestazioni saranno versate alla società elettrica, se il riscaldamento è incluso nell'affitto. La comunicazione del richiedente indicherà l'importo della prestazione, le modalità di pagamento e di calcolo.

Ai fornitori non è consentito effettuare consegne prima di aver ricevuto il pagamento o di aver ricevuto tale incarico dal locale Distretto dei Servizi Sociali. Le prestazioni non possono applicarsi a consegne precedenti relative a fonti di combustibile consegnabile. Se il richiedente ha bisogno di combustibile prima che al fornitore sia giunta la notifica o il pagamento, deve contattare il locale Distretto dei Servizi Sociali.

La prestazione HEAP normale ha la funzione di supplemento una tantum ai costi energetici annuali e non di sostituzione dei pagamenti personali. Il richiedente deve continuare a pagare le proprie bollette per l'energia.

### **Che cos'è un'emergenza HEAP?**

- Il richiedente ha esaurito il combustibile o dispone di meno di  $\frac{1}{4}$  del serbatoio di olio, kerosene o propano, oppure una riserva inferiore a dieci (10) giorni di altro combustibile per riscaldamento consegnabile.
- Il riscaldamento a gas naturale o elettrico è stato spento o sta per essere spento.
- L'impianto di riscaldamento posseduto dal richiedente non funziona.

### **COSA SI DEVE FARE IN CASO DI EMERGENZA?**

Le prestazioni HEAP possono dare assistenza nelle seguenti emergenze:

- Il richiedente ha esaurito il combustibile o dispone di meno di  $\frac{1}{4}$  del serbatoio di olio, kerosene o propano, oppure una riserva inferiore a dieci (10) giorni di altro combustibile per riscaldamento consegnabile.
- Il riscaldamento a gas naturale o elettrico è stato spento o sta per essere spento.
- L'impianto di riscaldamento posseduto dal richiedente non funziona.

Se il richiedente incorre in un'emergenza relativa al riscaldamento e ha presentato la domanda ma non ha ancora ricevuto la prestazione normale, dovrà contattare il locale Distretto dei Servizi Sociali, dopo l'apertura del programma. Ove possibile, saranno utilizzati innanzitutto le prestazioni HEAP normali per risolvere l'emergenza energetica.

**NON ASPETTARE DI AVER ESAURITO IL COMBUSTIBILE PER IL RISCALDAMENTO O L'INTERRUZIONE DELL'EROGAZIONE DI GAS/ENERGIA PRIMA DI RICHIEDERE L'ASSISTENZA. SE IL SERVIZIO DELL'UTENZA È STATO INTERROTTO, LA RELATIVA SOCIETÀ NON HA L'OBBLIGO DI RIPRISTINARE IL SERVIZIO, ANCHE SE IL RICHIEDENTE HA DIRITTO ALLA PRESTAZIONE HEAP.**

### **ASCOLTO IMPARZIALE**

Al richiedente che presenta la domanda HEAP sono accordati alcuni diritti, tra cui il diritto di essere informato se la richiesta viene approvata o respinta entro trenta (30) giorni lavorativi dalla data in cui il responsabile HEAP riceve la domanda completa e firmata.

I tempi di elaborazione delle domande non inizierà prima dell'apertura del programma anche se, nell'ambito del nostro impegno per raggiungere le persone, la domanda da compilare potrebbe pervenire prima della data dell'apertura del programma. Il richiedente ha il diritto di richiedere un incontro e/o di essere ascoltato in modo imparziale, se sono trascorsi oltre trenta (30) giorni lavorativi dal ricevimento da parte del certificatore HEAP della domanda firmata e compilata (oppure se sono trascorsi oltre trenta (30) giorni lavorativi dall'apertura del programma, se il certificatore aveva ricevuto la domanda prima dell'apertura stessa) e il richiedente non è stato informato sulla decisione di ammissione.

Se si desidera un incontro, occorre farne richiesta al più presto possibile. In sede di incontro, se si rileva che la decisione assunta non era corretta oppure se, a causa delle informazioni fornite dal richiedente, la nostra decisione originaria viene modificata, verranno intraprese le misure correttive.

Se si desidera un incontro, contattare il proprio distretto dei servizi sociali locale alla pagina <http://otda.ny.gov/programs/heap/contacts>. Tale procedura riguarda solo la richiesta di un incontro. La procedura per ottenere un'udienza imparziale è diversa. Se si richiede o si ottiene un incontro, permane comunque il diritto a un'udienza imparziale.

Le pubblicazioni della politica e dei manuali dell'Ufficio di assistenza temporanea e disabilità (Office of Temporary and Disability Assistance, OTDA) sono pubblicati sul sito OTDA alla pagina [otda.ny.gov/legal](http://otda.ny.gov/legal). Tali pubblicazioni e manuali sono disponibili per il richiedente o il rispettivo rappresentante per determinare l'eventuale richiesta di un'udienza imparziale o per prepararsi a un'udienza imparziale. Inoltre, su richiesta, da inviare al distretto dei servizi sociali locali, saranno inoltre rese disponibili pubblicazioni di politiche e manuali OTDA specifici per assistere il richiedente e il rispettivo rappresentante.

Chi vive in qualsiasi parte del territorio dello Stato di New York, può richiedere un'udienza imparziale per telefono, fax, on line o per iscritto all'indirizzo indicato di seguito:

**Telefono:** Numero verde nazionale per la richiesta 800-342-3334. Al momento della telefonata, si prega di avere a portata di mano la comunicazione.

**Fax:** per la richiesta di ascolto imparziale al numero: 518-473-6735

**On line:** Compilare il modulo di richiesta on line disponibile all'indirizzo <http://www.otda.ny.gov/oah/>

**Per iscritto:** Per le comunicazioni, compilare lo spazio apposito e inviare una copia della comunicazione o scrivere a:

NYS Office of Temporary and Disability Assistance  
Office of Administrative Hearings  
P.O. Box 1930  
Albany, NY 12201-1930

Se si richiede un'udienza imparziale, lo Stato di New York invierà un avviso contenente l'ora e il luogo dell'udienza. Il richiedente ha il diritto di essere rappresentato da un legale, un parente, un amico o un'altra persona, oppure può rappresentarsi da solo. In occasione dell'udienza, il legale od altro rappresentante avrà l'opportunità di presentare prove scritte e verbali, nonché di interrogare eventuali persone comparse in udienza. Inoltre, il richiedente ha il diritto di produrre testimoni a suo favore. È necessario portare all'udienza tutti i documenti che possono essere utili a presentare il proprio caso.

Se si ha la necessità di ottenere assistenza legale gratuita, è possibile ottenerla rivolgendosi alla società locale di gratuito patrocinio o ad altro gruppo di patrocinio legale. Per trovare la società di gratuito patrocinio o il gruppo di patrocinio di zona, consultare le pagine gialle sotto la dicitura "avvocati".

Il richiedente ha il diritto di esaminare il fascicolo della propria pratica. Su richiesta, ha il diritto a ottenere copie gratuite dei documenti che il proprio Dipartimento Locale dei Servizi Sociali presenta come prove in occasione dell'ascolto imparziale. Inoltre, su richiesta, è possibile ottenere copie gratuite di altri documenti presenti nel fascicolo della propria pratica necessari per l'udienza imparziale. Per richiedere questi documenti o per sapere come esaminare il fascicolo della richiesta, contattare il Dipartimento dei servizi sociali locale alla pagina <http://otda.ny.gov/programs/heap/contacts>.

Se è necessario avere una persona che parli spagnolo, contattare l'OTDA dello Stato di New York al numero della linea diretta 1-800-342-3009.

#### **ALTRI PROGRAMMI AI QUALI IL RICHIEDENTE POTREBBE AVERE DIRITTO:**

##### **ASSISTENZA PER L'ISOLAMENTO TERMICO (WEATHERIZATION ASSISTANCE)**

Il richiedente potrebbe essere ammesso anche ai programmi per l'isolamento termico attraverso l'Edilizia abitativa e rivitalizzazione delle comunità (Homes and Community Renewal, HCR) dello Stato di New York o l'Autorità dello Stato di New York per la ricerca e lo sviluppo del settore energetico (New York State Energy Research and Development Authority, NYSERDA ). È possibile consultare un elenco di contatti locali per i beneficiari delle sotto-sovvenzioni per l'isolamento termico alla pagina: <http://hcr.ny.gov/weatherization-providers>. Per maggiori informazioni sui servizi per l'energia NYSERDA, visitare la pagina <http://www.nyserda.ny.gov>. La firma sulla domanda HEAP consente l'esecuzione di una segnalazione e di uno scambio di informazione con i programmi di assistenza per l'isolamento termine a favore del richiedente.

##### **PROGRAMMA BASSO REDDITO UTENZE (UTILITY LOW INCOME)**

È inoltre possibile che il richiedente sia idoneo per iscriversi al programma basso reddito delle società che gli erogano utenze. La firma sulla domanda HEAP consente una segnalazione alla società che eroga utenze al richiedente a suo favore.

## TIPI DI DOCUMENTAZIONE ACCETTABILE

|  |   |
|--|---|
| <p><b>RESIDENZA (dove abita il richiedente)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La corrente ricevuta dell'affitto con l'indicazione del nome e dell'indirizzo dell'inquilino e del locatario o il contratto di locazione con nome e indirizzo</li> <li>• Bolletta di acqua, fognatura o cartella delle imposte</li> <li>• Politica di assicurazione del proprietario di casa/dell'affittuario</li> <li>• Bolletta delle utenze</li> <li>• Registri/ricevute di pagamento del mutuo con l'indicazione dell'indirizzo</li> </ul>  |   |
| <p><b>IDENTITÀ</b></p> <p>Il richiedente deve fornire uno o più documenti tra quelli elencati di seguito in relazione a ciascuna persona appartenente al proprio nucleo familiare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patente di guida</li> <li>• Documento di identità con foto</li> <li>• Passaporto o certificato di naturalizzazione statunitense</li> <li>• Certificato di nascita o Certificato di battesimo*</li> <li>• Numero di sicurezza sociale convalidato*</li> <li>• Documentazione sull'adozione</li> <li>• Documentazione dell'ospedale o del medico</li> <li>• Pagelle/libretti scolastici</li> <li>• Dichiarazione di un'altra persona*</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>*Sono richieste due forme di attestazione.</b></p>          |   |
| <p><b>NUMERO DI SICUREZZA SOCIALE</b></p> <p>Il richiedente deve fornire un numero di sicurezza sociale valido per ciascun componente del proprio nucleo familiare. Se il richiedente o un membro della famiglia del richiedente non dispone di un numero di Sicurezza Sociale, è necessario farne richiesta presso l'Amministrazione della Sicurezza Sociale.</p>   |   |
| <p><b>VULNERABILITÀ</b></p> <p>Il richiedente deve fornire quanto segue per provare la vulnerabilità di un componente vulnerabile del proprio nucleo familiare (vale a dire bambini che non hanno compiuto 6 anni, adulti che hanno compiuto almeno 60 anni o chiunque sia affetto da una disabilità):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Certificato di nascita</li> <li>• Certificato di battesimo con l'indicazione della data di nascita</li> <li>• Lettera di assegnazione SSA (Amministrazione della Sicurezza Sociale)</li> <li>• Passaporto</li> <li>• Patente di guida</li> <li>• Dichiarazione scritta di ammissibilità ai benefici</li> </ul>   |   |
| <p><b>SITUAZIONE DEL RISCALDAMENTO</b></p> <p>Se il richiedente paga una bolletta per il combustibile o un'utenza, deve fornire una copia della fattura del combustibile/bolletta dell'utenza, oppure una dichiarazione del proprio fornitore.</p> <p>Se il richiedente non paga per il riscaldamento, deve fornire una ricevuta corrente dell'affitto con l'indicazione del nome e dell'indirizzo dell'inquilino e del locatario, il contratto di affitto con l'indicazione del nome e dell'indirizzo, oppure una dichiarazione del proprio locatario in cui si indica che il riscaldamento è incluso nell'affitto.</p>   |   |
| <p><b>REDDITO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Busta paga per le quattro (4) settimane più recenti.</li> <li>• Nel caso di lavoro autonomo, documentazione commerciale per i tre (3) mesi più recenti o la denuncia dei redditi federale presentata per l'anno in corso, o l'anno fiscale precedente, includendo tutti gli allegati pertinenti.</li> <li>• Reddito/spese di affitto per i tre (3) mesi precedenti la presentazione della denuncia dei redditi federale presentata per l'anno in corso, con tutti i relativi allegati.</li> <li>• Assegni di mantenimento figli o alimenti/mantenimento del coniuge</li> <li>• Dichiarazione di interessi/conti bancari/dividendi o dei redditi</li> <li>• Dichiarazione del pigionante/convittore</li> </ul> | <p><b>COPIA DELLA LETTERA DI ASSEGNAZIONE O DELLA RELATIVA CORRISPONDENZA UFFICIALE PER QUANTO SEGUE:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reddito da Sicurezza sociale/Rendite previdenziali integrative (SSI)</li> <li>• Assegni di veterano</li> <li>• Pensioni</li> <li>• Assicurazione infortuni sul lavoro/Disabilità</li> <li>• Prestazioni assicurative per disoccupazione</li> </ul> |
| <p><b>RISORSE (esclusivamente per le domande di prestazioni d'emergenza)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Liquidità</li> <li>• Azioni/obbligazioni</li> <li>• Saldi di conti correnti, risparmi e/o certificati di deposito (CD)</li> <li>• Rendita annua</li> <li>• Conti IRA</li> <li>• Somme forfetarie derivanti da vendite di beni o pagamenti da assicurazioni.</li> </ul>   |   |

**Le domande per la riparazione e la sostituzione di impianti di riscaldamento richiedono ulteriore documentazione. Se il richiedente sta presentando la domanda per tale componente, riceverà un elenco a parte della documentazione che deve fornire.**

**ISTRUZIONI PER IL MODULO  
DI REGISTRAZIONE VOTER**