

Programma di assistenza al pagamento delle bollette dell'acqua per i nuclei familiari a basso reddito (LIHWAP)

Richiesta di sussidi

La richiesta debitamente compilata e firmata va inviata a: NYS OTDA/LIHWAP, PO Box 1789, Albany, NY, 12201

Informazioni sul richiedente o sulla famiglia (stampare)

La persona che ha la responsabilità primaria e diretta del pagamento della bolletta dell'acqua potabile e/o delle acque reflue deve compilare il modulo di richiesta. L'utenza deve essere a nome di chi presenta la domanda.

Nome: _____ Cognome: _____ Secondo nome: _____

Via: _____ Città: _____ Stato: _____ CAP: _____

Numero di telefono: _____ Fisso Mobile Contea di residenza: _____

Nel caso di indirizzo diverso da quello sopra indicato: _____

Indirizzo e-mail (facoltativo): _____

Acqua potabile

Il Suo servizio è stato interrotto per: Sì No Ha ricevuto una notifica di sospensione del servizio: Sì No

Presento domanda per chiedere assistenza in merito a: Bolletta scaduta. Bolletta corrente.

Nome fornitore: _____ Numero conto: _____

Periodo di servizio (se indicato in fattura) Da: _____ A: _____ Importo dovuto: \$ _____

Servizio acque reflue

Il Suo servizio è stato interrotto per: Sì No Ha ricevuto una notifica di sospensione del servizio: Sì No

Presento domanda per chiedere assistenza in merito a: Bolletta scaduta. Bolletta corrente.

Nome fornitore: _____ Numero conto: _____

Periodo di servizio (se indicato in fattura) Da: _____ A: _____ Importo dovuto: \$ _____

Bolletta unica acqua potabile e servizi acque reflue

Il Suo servizio è stato interrotto per: Sì No Ha ricevuto una notifica di sospensione del servizio: Sì No

Presento domanda per chiedere assistenza in merito a: Bolletta scaduta. Bolletta corrente.

Nome fornitore: _____ Numero conto: _____

Periodo di servizio (se indicato in fattura) Da: _____ A: _____ Importo dovuto: \$ _____

Elenchi tutti i membri del Suo nucleo familiare, ad includere il richiedente. Se occorre, allegare altri fogli.

Nome	Iniz. 2° nome	Cognome	Sesso M/F	Identità di genere (facoltativo)	Data di nascita	Grado di parentela	Numero Sicurezza sociale	Cittadino/Residente legale USA o straniero qualificato
						Se stesso/a		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
								<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
								<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
								<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
								<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

Qualcuno del nucleo familiare riceve uno dei seguenti sussidi? Programma di assistenza energetica domestica (HEAP), Programma di assistenza nutrizionale supplementare (SNAP), Assistenza temporanea (TA) o Reddito supplementare (SSI per chi vive da solo/a)

Se sì, chi lo/la riceve? _____ Numero/i pratica/che: _____

Qualcuno in famiglia è disabile o non vedente? Sì No Se la risposta è Sì, chi? _____

Reddito: Fornisca informazioni sul reddito per tutti i membri della famiglia, ad includere il richiedente, relativo al mese precedente. Il richiedente deve fornire il giustificativo di reddito. Il richiedente può attestare le informazioni sul reddito per conto di altri membri della famiglia. Se si riceve Medicare, inserire l'importo lordo e indicare gli importi pagati per la Parte B e/o D.

Nome della persona che riceve	Fonte di reddito (Nome del datore di lavoro, previdenza sociale, invalidità previdenziale, mantenimento figli, reddito da locazione, ecc.)	Frequenza (Settimanale, Mensile, Bisettimanale, ecc.)	Importo lordo ricevuto (al lordo delle imposte)	Importo pagato per Medicare Parte B e/o D

Informazioni importanti e consensi: (Si prega di leggere attentamente prima di firmare)

Sono consapevole che tutte le informazioni fornite nel modulo sono vere, complete e corrette. Sono consapevole che qualsiasi falsa dichiarazione o altra dichiarazione mendace resa consapevolmente da me in relazione a questa domanda in merito ai sussidi del Programma di assistenza per l'acqua domestica per utenti con basso reddito (LIHWAP) può comportare la mia non-idoneità a ricevere sussidi di assistenza per il pagamento delle bollette per l'erogazione di acqua potabile e/o ai fornitori di servizi fognari. Inoltre, qualsiasi dichiarazione intenzionalmente falsa o attestazione deliberatamente errata prodotta 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. Le informazioni fornite su questo modulo o ottenute attraverso la verifica possono essere divulgate ad altre agenzie statali, federali e locali per la revisione e alle Forze dell'Ordine allo scopo di indagare o perseguire frodi. Qualora dovesse sorgere un ricorso nei riguardi del nucleo familiare, le informazioni riportate nella presente domanda, compresi tutti i SSN, potrebbero essere comunicate alle agenzie federali e statali, nonché alle agenzie private per la riscossione delle somme rivendicate, in relazione alla procedura di riscossione del ricorso.

Sono consapevole che sottoscrivendo il presente modulo, acconsento a qualsiasi indagine con qualsiasi mezzo a disposizione dell'Ufficio per l'assistenza temporanea e disabilità (OTDA) dello Stato di New York per verificare o confermare le informazioni che ho fornito in relazione alla mia domanda per i benefici LIHWAP. Le informazioni che ho fornito sulla mia richiesta LIHWAP e i documenti che ho fornito verranno utilizzate per verificare la mia identità e potrebbero essere divulgate o divulgate nuovamente per verificare il reddito dichiarato o ogni altra assistenza ricevuta da me e dagli altri membri della famiglia, e per determinare se i candidati possono ricevere pagamenti o altre forme di sostegno. Do il mio consenso ad OTDA o ad altro personale statale, federale, locale o altro autorizzato a registrare, archiviare, accedere e utilizzare le informazioni fornite su questo modulo e qualsiasi documento che ho fornito, nonché le informazioni fornite nel corso di qualsiasi conversazione, o in testi o altri mezzi di comunicazione con OTDA o altro stato, federale, locale o altro personale autorizzato. Acconsento espressamente al rilascio delle informazioni fornite sul presente modulo o relative alla mia idoneità al programma LIHWAP a qualsiasi entità necessaria per l'amministrazione dei sussidi LIHWAP, ad includere, a titolo informativo ma non esaustivo, distretti dei servizi sociali, altre agenzie o entità locali e il Dipartimento della salute degli Stati Uniti e Servizi Umani (HHS). Acconsento espressamente al rilascio delle informazioni fornite sul presente modulo o relative alla mia idoneità al programma LIHWAP a qualsiasi entità al fine di evitare la doppia erogazione dei sussidi. Sono consapevole che ulteriori informazioni possono essere richieste da OTDA in relazione alla mia richiesta di sussidi LIHWAP e accetto di fornire tali informazioni richieste entro il termine stabilito da OTDA.

Sono consapevole e accetto che fornendo un numero di telefono o un numero di cellulare sul presente modulo o richiedendo di essere contattato tramite messaggi di testo (SMS/MMS), OTDA può utilizzare lo stesso numero per chiamare, inviare messaggi di testo o lasciare messaggi vocali relativi a LIHWAP. Potrebbero essere applicate le tariffe standard per messaggi di testo e dati dell'operatore wireless. Eventuali costi relativi alla ricezione di chiamate o messaggi di testo sono a carico della persona che li riceve. NYS e i suoi agenti non sono responsabili e non accetteranno né si assumeranno alcuna responsabilità per danni, perdite, reclami, spese o costi inclusi, a titolo informativo ma non esaustivo, per viva voce, SMS e dati che possono derivare o essere correlati alla richiesta LIHWAP. Verificare con il proprio fornitore di servizi di telefonia per i dettagli sulla ricezione di chiamate o messaggi di testo (SMS/MMS). Messaggi di testo o chiamate possono essere inviati o effettuati utilizzando un sistema di composizione telefonica automatica. Sono consapevole e accetto che fornendo un indirizzo e-mail, la corrispondenza relativa a LIHWAP può essere inviata da OTDA all'indirizzo e-mail da me fornito.

Acconsento inoltre a permettere che le informazioni fornite nella presente domanda siano utilizzate per la segnalazione presso i programmi di assistenza per l'erogazione di acqua potabile e/o di servizi fognari, e di coibentazione disponibili e i programmi per famiglie a basso reddito delle società che erogano le mie utenze. Sono consapevole che OTDA utilizzerà il mio Numero di sicurezza sociale per verificare la ricezione dei sussidi LIHWAP presso i miei fornitori di acqua potabile e/o di servizi fognari. Tale autorizzazione include anche il permesso per qualsiasi mio fornitore (inclusa la mia utenza) di rilasciare determinate informazioni statistiche, incluso, a titolo esemplificativo e non limitativo, il mio tipo di utilizzo dell'acqua potabile e/o delle acque reflue, il consumo, il costo annuale e la cronologia dei pagamenti all'OTDA e all'HHS ai fini della misurazione delle prestazioni del LIHWAP.

Ho letto e compreso i consensi di cui sopra e accetto le autorizzazioni e i consensi ivi contenuti. Sono consapevole e accetto di sottoscrivere e inviare la presente richiesta ad OTDA a pena di spregiurio e affermo che le informazioni qui contenute sono vere, complete e corrette.

Nome (in stampatello) _____ Firma _____ Data: _____

Sezione per Uso Agenzia

Data di ricezione: _____ Data inserimento dati: _____

Commenti: _____

Informazioni per i richiedenti

La richiesta debitamente compilata e firmata va inviata a:

NYS OTDA/LIHWAP
PO Box 1789
Albany, NY 12201

Di cosa ho bisogno per fare richiesta? I richiedenti devono includere la seguente documentazione/informazioni al modulo di richiesta:

- Informazioni comprovanti l'identità del richiedente principale. La documentazione di identità è richiesta per tutti gli altri membri della famiglia, ma non è necessaria.
- Certificato di residenza Chi fa richiesta deve risiedere presso la residenza per la quale si richiede assistenza.
- Una bolletta dell'acqua potabile e dei servizi fognari dalla quale risulti la residenza permanente e principale L'utenza deve essere a nome di chi presenta la domanda.
- Documentazione del reddito del richiedente principale. È necessario inserire l'importo del reddito per tutti gli altri componenti il nucleo familiare, ma non è richiesta documentazione.
- Un numero di previdenza sociale valido (SSN) del richiedente principale. I numeri di previdenza sociale (SSN) sono richiesti per tutti gli altri membri della famiglia, ma non sono obbligatori.

Chi deve compilare e firmare la domanda? La richiesta deve essere compilata dalla persona che ha la responsabilità primaria e diretta del pagamento della bolletta dell'acqua potabile e/o dei servizi fognari.

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

Perché si richiede il mio recapito telefonico? Tale indicazione sarà utile per elaborare tempestivamente la domanda, se saranno necessarie ulteriori informazioni.

Chi devo elencare come membri della famiglia? Occorre indicare che vive nella casa del richiedente, anche se non sono correlati alla sua persona o non contribuiscono finanziariamente al suo nucleo familiare. Il richiedente deve indicare se stesso per primo alla riga 1.

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 sulla cittadinanza/residenza legale: Per ricevere i sussidi LIHWAP, il richiedente deve essere un cittadino statunitense, uno straniero qualificato o in possesso del permesso di residenza. Per ulteriori informazioni sui requisiti di Straniero Qualificato o sul permesso di residenza, 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 previdenza sociale per tutti i membri del nucleo familiare? È richiesto un numero di previdenza sociale valido per il richiedente e per tutti gli altri membri del nucleo familiare. 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 al richiedente principale, la domanda non potrà essere elaborata ma resterà in sospeso in attesa di ulteriori informazioni.

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. È necessario presentare la documentazione di tutti i redditi da lavoro e non, inclusi i redditi da lavoro autonomo e da locazione per il richiedente principale. È possibile che gli venga chiesto di fornire la prova di altri redditi. 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.

Accertarsi di aver apposto la firma e la data sulla domanda. La richiesta deve essere firmata dal titolare della bolletta dell'acqua potabile e/o delle acque reflue a suo nome.

Ricorsi: Il richiedente ha il diritto a presentare un ricorso se sono trascorsi oltre trenta (30) giorni lavorativi dal ricevimento da parte di OTDA della domanda firmata e compilata e non ha ricevuto nessuna notizia in merito alla determinazione di idoneità. Le richieste incomplete possono essere sospese per un massimo di dieci (10) giorni lavorativi e il periodo di attesa non viene conteggiato nell'intervallo di tempo di trenta (30) giorni lavorativi richiesti per la notifica. I richiedenti che non ricevono l'approvazione o che non sono d'accordo con l'importo dell'assistenza concessa hanno sessanta (60) giorni dalla data del presente avviso per presentare un ricorso. I ricorsi possono essere presentati via e-mail all'indirizzo NYSLIHWAP.appeals@otda.ny.gov, per telefono al numero (833) 690-0208 o per iscritto a: NYS LIHWAP Floor 11B, 40 N. Pearl St. Albany, NY 12243.

Tipi di documentazione accettabile

Residenza (dove abita il richiedente)

- 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
- Bolletta dell'acqua, dei servizi fognari o cartella esattoriale
- Politica di assicurazione del proprietario di casa/dell'affittuario
- Bolletta delle utenze
- Bollettini precompilati o ricevute di pagamento del mutuo con l'indicazione dell'indirizzo

Identità

È necessario fornire uno o più dei seguenti documenti per il richiedente principale.

- Patente di guida
- Documento di identità con foto
- Passaporto o certificato di naturalizzazione statunitense
- Certificato di nascita o Certificato di battesimo*
- Numero di sicurezza sociale convalidato*
- Dichiarazione di un'altra persona*

***Sono richieste due forme di attestazione.**

Numero di previdenza sociale (Social Security Number)

È necessario fornire un numero di previdenza sociale (SSN) valido per il richiedente principale. Se il richiedente o un membro della famiglia del richiedente non dispone di un numero di Previdenza sociale, è necessario farne richiesta presso l'Amministrazione della Previdenza Sociale (SSA).

Verifica in merito al fornitore dei servizi di acqua potabile e/o fognari

Si prega di fornire una copia della bolletta più recente dell'acqua potabile e/o dei servizi fognari, una fattura fiscale corrente indicante gli addebiti per l'acqua potabile e/o per i servizi fognari o una dichiarazione del fornitore. Chi ha fatture separate per l'acqua potabile e per le acque reflue deve fornire copie di entrambi.

Reddito:

- Matrice di paga per le quattro (4) settimane più recenti.
- 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.
- 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.
- Assegni di mantenimento figli o alimenti/mantenimento del coniuge
- Dichiarazione di interessi/conti bancari/dividendi o dei redditi
- Dichiarazione dell'inquilino o del pensionante

Copia della lettera di aggiudicazione o della corrispondenza ufficiale per quanto segue:

- Reddito da Sicurezza sociale/Rendite previdenziali integrative (SSI)
- Assegni di veterano
- Pensioni
- Assicurazione infortuni sul lavoro/Invalidità
- Prestazioni assicurative per disoccupazione