



RICHIESTA/RICERTIFICAZIONE PROGRAMMA DI ASSISTENZA SUPPLEMENTARE PER L'ALIMENTAZIONE (SUPPLEMENTAL NUTRITION ASSISTANCE PROGRAM, SNAP)



Il modulo può essere utilizzato SOLO per richiedere o ricertificare la propria idoneità al programma SNAP

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 sui tipi di formato disponibili e sulle modalità di richiesta di moduli di domanda in formati alternativi, fare riferimento al libro di istruzioni (LDSS-4826A), oppure consultare il sito 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, selezionare il tipo di formato desiderato: Caratteri ingranditi CD dati
 CD audio Braille, se si afferma che nessuno degli altri formati alternativi è ugualmente efficace per sé.**

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

Chi presenta la domanda per la prima volta o desidera ricertificare la propria idoneità al programma SNAP può utilizzare il presente modulo. Chi desidera presentare la domanda anche per altre prestazioni, ad esempio Assistenza temporanea, Supporto assistenza all'infanzia, Assistenza energia abitativa (Temporary Assistance, Child Care Assistance, Home Energy Assistance) o Medicaid, deve chiedere un modulo di domanda diverso.

Quando si fa presenta una richiesta di idoneità al programma SNAP

- è possibile presentare la domanda lo stesso giorno in cui si riceve il relativo modulo. Abbiamo l'obbligo di accettare la domanda se contiene almeno il nome, l'indirizzo (se il richiedente ne ha uno) e una firma. Queste informazioni determineranno la data di presentazione della domanda.
- Per stabilire l'idoneità alle prestazioni, occorre completare tutta la procedura di presentazione della domanda, che comprende anche un colloquio e la sottoscrizione dell'attestazione a pagina 7 della domanda/ricertificazione. In caso di idoneità, le prestazioni saranno erogate in modo retroattivo, a partire dalla data di presentazione della domanda.
- È possibile richiedere e ottenere SNAP per i componenti del nucleo familiare idonei, anche se il richiedente o altri componenti del nucleo familiare non sono idonei a ottenere le prestazioni a causa del proprio stato di immigrazione. Ad esempio, i genitori stranieri non idonei possono richiedere SNAP per i loro figli e ricevere le prestazioni per i figli idonei.
- È comunque sempre possibile presentare la domanda ed essere idonei a ottenere SNAP anche dopo il raggiungimento dei limiti di tempo della propria Assistenza temporanea.

Quando si presenta una richiesta di ricertificazione per il programma SNAP

- È necessario presentare la domanda di ricertificazione firmata prima del colloquio.
- Chi non si presenta al colloquio, deve farsi carico di contattare il distretto dei servizi sociali per riprogrammare il colloquio.

I servizi SNAP sono erogati tempestivamente? È possibile che il richiedente sia ammissibile alla procedura accelerata per la domanda SNAP:

Se il proprio nucleo familiare non ha un reddito o liquidità, **oppure** se il proprio canone d'affitto e le utenze sono superiori al reddito o alle liquidità disponibili, **oppure** se si è migranti/braccianti stagionali senza reddito o risorse al momento della richiesta, potrebbe essere possibile ricevere i sussidi SNAP entro 7 giorni solari dopo la data della presentazione della richiesta. Se un residente in un istituto presenta congiuntamente la domanda per Reddito previdenziale supplementare (Supplemental Security Income, SSI) e SNAP prima della dimissione dall'istituto, la data di presentazione registrata coinciderà con la data in cui il richiedente sarà stato dimesso dall'istituto.

Dove è possibile presentare la domanda per i sussidi SNAP

Coloro che **non** vivono a New York City presentare la richiesta on line alla pagina myBenefits.ny.gov, oppure telefonare al o recarsi presso il distretto dei servizi sociali della contea di competenza, facendo richiesta del materiale necessario per preparare la richiesta, che potrà essere inviato per posta o prelevato presso l'ufficio competente. È possibile conoscere l'indirizzo e il numero di telefono del distretto dei servizi sociali della propria contea telefonando al numero verde **1-800-342-3009**.

Chi vive a **New York City** e **non** presenta contestualmente anche la domanda per l'Assistenza temporanea, può presentare la domanda on line su <https://www.nyc.gov/hra>, oppure chiamare o recarsi presso qualsiasi Ufficio SNAP, chiedendo un pacchetto della domanda. È possibile chiamare il **1-718-557-1399** o il numero verde **1-800-342-3009** per avere l'indirizzo e il numero di telefono.

I colloqui SNAP vengono solitamente effettuati per telefono. Che preferisce fare un colloquio in sede, deve farne richiesta direttamente al distretto dei servizi sociali di competenza.

INFORMATIVA SULLA NON DISCRIMINAZIONE – Ai sensi della Legge federale sui diritti civili e delle disposizioni del Dipartimento dell'Agricoltura degli Stati Uniti (U.S. Department of Agriculture, USDA) in materia di regolamentazione e politiche sui diritti civili, la presente istituzione non può discriminare in base a razza, colore, nazionalità, sesso (compresi l'identità di genere e l'orientamento sessuale), credo religioso, disabilità, età, opinioni politiche, o ritorsioni o rappresaglie dovute a precedenti attività associate ai diritti civili.

Le informazioni relative al programma possono essere messe a disposizione in altre lingue oltre all'inglese. Le persone con disabilità che hanno la necessità di mezzi alternativi di comunicazione per informazioni sul programma (ad esempio Braille, stampa a caratteri grandi, nastro audio, linguaggio dei segni americano, ecc.) devono rivolgersi all'Agenzia (statale o locale) presso cui hanno presentato la domanda di prestazioni. Le persone non udenti, ipoudenti o con difficoltà di linguaggio possono contattare l'USDA attraverso il servizio di videointerpretariato (Federal Relay Service) al numero (800) 877-8339.

Per presentare un reclamo inerente una discriminazione relativa al programma compilare il Modulo AD-3027 per la discriminazione relativa al programma USDA (USDA Program Discrimination Complaint Form), disponibile online su <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, presso qualsiasi ufficio USDA, chiamando il numero (833) 620-1071 o scrivendo una lettera all'USDA. La lettera dovrà contenere il nome di chi presenta il reclamo, l'indirizzo, il numero di telefono e una descrizione scritta della presunta azione di discriminazione in modo sufficientemente dettagliato per informare il Sottosegretario ai diritti civili (Assistant Secretary for Civil Rights, ASCR) circa la natura e la data della presunta violazione dei diritti civili. Il modulo AD-3027 compilato o la lettera devono essere inviati per:

- (1) posta: Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334
Alexandria, VA 22314; oppure
- (2) fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; oppure
- (3) email: FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov.

Questa istituzione rispetta le pari opportunità.

UFFICIO DI ASSISTENZA TEMPORANEA E DISABILITÀ DELLO STATO DI NEW YORK

RICHIESTA / RICERTIFICAZIONE SNAP

Data della domanda	Data del colloquio	Centro/Ufficio	Unità	Operatore	Tipo di caso	Numero pratica	Numero registro	Versione	<input type="checkbox"/> Presentare domanda <input type="checkbox"/> Ricertificare	Lingua
--------------------	--------------------	----------------	-------	-----------	--------------	----------------	-----------------	----------	--	--------

Nome: _____ Numero di telefono: _____ Altro telefono dove è possibile contattare il richiedente: _____
 Indirizzo di residenza: _____ N. app. _____ Città _____, NY Codice postale 1
 Indirizzo postale (se diverso) _____ N. app. _____ Città _____, NY Codice postale 1
 Conosciuto con qualsiasi altro nome: _____ Sta: Facendo richiesta Ricertificandosi Vuoi ricevere comunicazioni in: Spagnolo e inglese **oppure** **solo** Inglese

Abbiamo l'obbligo di accettare la domanda se contiene almeno il nome, l'indirizzo (se il richiedente ne ha uno) e una firma nella presente casella.	→	FIRMA DEL RICHIEDENTE/RAPPRESENTANTE <u>2</u>	DATA DELLA FIRMA
--	---	---	------------------

Elencare tutti coloro che convivono con il richiedente anche se non stanno presentando la domanda. Fornire il nome del richiedente al primo posto dell'elenco.

N. RIGA	Nome	ISN	Cognome	SSN di chi presenta la domanda (Se nessuno, scrivere "NONE")	Data di nascita	Stato coniugale	Sesso M, F Oppure X	Questa persona sta presentando domanda?		Grado di parentela con il richiedente	Compra e/o prepara cibo con questa persona?		Ispanica oppure Latinoamericano?		Inserire Y (Sì) o N (No) per ciascuna razza* (I codici sono definiti di seguito)					
								Sì	No		Sì	No	Sì	No	I	A	B	P	W	
1								<input checked="" type="checkbox"/>		se stesso/a	<input checked="" type="checkbox"/>									
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				

*Codici razza/appartenenza etnica: **I** – Nativo americano o nativo alaskano, **A** – Asiatico, **B** – Nero o afro-americano, **P** – Nativo hawaiano o di isola del Pacifico, **W** – Bianco
 Tale informazione viene fornita su base volontaria. Non avranno effetti sull'idoneità delle persone che stanno facendo domanda o sul livello delle prestazioni ricevute. Tale informazione serve per accertare che le prestazioni del programma siano erogate indipendentemente dalla razza, dal colore o dall'origine nazionale.

Il richiedente e tutti i suoi conviventi sono cittadini USA? Sì No Se la risposta è No, chi non è cittadino? _____

Il richiedente o altra persona del suo nucleo familiare sta presentando la domanda o sta ricevendo SNAP o Assistenza temporanea in un altro luogo? Sì No

Il richiedente o altra persona del suo nucleo familiare è un veterano? Sì No Se la risposta è Sì, chi _____

Il richiedente o qualcuno vive in una struttura per il trattamento di problemi di tossicodipendenza o alcol, una comunità residenziale certificata dallo Stato o un appartamento sorvegliato/supportato certificato dallo Stato? Sì No

Se il richiedente sta effettuando la ricertificazione per SNAP, dovrà elencare a pagina 9 le eventuali variazioni dall'ultima domanda o ricertificazione presentata (ad esempio se ha traslocato, ha avuto un figlio, qualcuno è entrato a far parte o non fa più parte del suo nucleo familiare).

REDDITO

Elencare **TUTTO** il reddito del richiedente e il reddito di chiunque appartenga al suo nucleo familiare. Il seguente elenco è esemplificativo ma non completo: **retribuzioni, reddito da lavoro autonomo meno il costo per la produzione di tale lavoro autonomo (ad esempio, attività di babysitter, attività di pulizie, reddito da pigionante o convittore), mantenimento figli, pensioni, assegni dei veterani, invalidità, sicurezza sociale o SSI, borse di studio per il pagamento di affitto o vitto, Assistenza temporanea e reddito ricevuto da amici o parenti.**

Nome della persona che riceve il reddito	Fonte di reddito	Ore mensili lavorate	Frequenza di ricevimento (ad esempio ogni settimana, ogni due settimane, ogni mese)	Importo lordo ricevuto

Il richiedente o altra persona del suo nucleo deve affrontare costi per l'assistenza all'infanzia/a persone a carico legate alla propria attività di lavoro o formazione?

Sì No Se la risposta è Sì, chi _____.

Importo pagato \$ _____. Frequenza del pagamento (ad esempio ogni settimana, ogni mese) _____.

Il richiedente o altra persona del suo nucleo familiare ha cambiato o lasciato il lavoro o ha subito una riduzione di qualsiasi forma di reddito negli ultimi 30 giorni, comprendendo anche una riduzione di ore di lavoro o di reddito? Sì No 5

Il richiedente o altra persona del suo nucleo familiare ha reddito potenziale non ancora ricevuto? Sì No Se la risposta è Sì, spiegare a pagina 9.

Il richiedente o altra persona del suo nucleo familiare sta partecipando a uno sciopero? Sì No Se la risposta è Sì, chi _____.

Lei o un Suo convivente era in affidamento il giorno del Suo 18esimo compleanno? Sì No

Il richiedente o altra persona convivente è un convittore, un minore un affido o un adulto in affido? Sì No

Se la risposta è Sì, selezionare B per convittore o F per affido e scrivere il nome della persona. B F Nome: _____

RISORSE

Le risorse non influenzano l'ammissibilità per la maggior parte dei nuclei familiari che presentano la domanda per SNAP. Tuttavia, alcune informazioni sulle risorse vengono utilizzate per decidere l'ammissione del richiedente all'elaborazione accelerata della sua domanda.

Quanto denaro possiedono tutti i componenti del proprio nucleo familiare? (Ad esempio, sulla persona del richiedente: in casa, in conti bancari e di risparmio o altre ubicazioni, compresi i conti congiunti) \$ _____ appartiene a _____.

Altri attivi finanziari? (Ad esempio, azioni, obbligazioni, conti di pensionamento, certificato di risparmio, fondi comuni di investimenti, IRA, fondi fiduciari, certificati di mercato monetario)

Sì No Se Sì, importo \$ _____ Tipo _____ Proprietario _____.

Quante automobili, autocarri o altri veicoli sono in possesso del richiedente o altra persona del suo nucleo familiare?

___ N. 1 Anno ___ Marca _____ Modello _____ Proprietario _____

___ N. 2 Anno ___ Marca _____ Modello _____ Proprietario _____

Il richiedente o altra persona che presenta la domanda possiede qualche bene, compresa la propria casa?

Sì No Se Sì, elencare proprietà _____ Proprietario _____

Qualche persona che presenta la domanda ha venduto, ceduto o trasferito contanti o beni negli ultimi tre mesi per ottenere l'idoneità per SNAP? Sì No

ISTRUZIONE/FORMAZIONE E LINGUA

Inserire il nome di ogni persona del nucleo familiare di età pari o superiore a 16 anni che fa richiesta del sussidio, ad includere chi presenta la domanda. Per ogni persona, inserire una "X" nella casella della sezione "Livello di istruzione più alto", utilizzando i codici di istruzione e formazione indicati a seguire. Selezionare solo una casella per persona. Se si inserisce una "X" nella colonna "0" per una persona (per indicare che non ha un diploma di scuola superiore o un diploma equivalente di scuola superiore), inserire il grado di istruzione più alto completato nella casella "Grado di scuola superiore completato", (esempio: se una persona frequenta la scuola media, inserire "9" nella casella "Livello di istruzione più alto completato"). Lasciare vuota la casella "Grado di scuola superiore completato" se la colonna "0" non è selezionata per una persona che frequenta la scuola superiore o che sta ottenendo un diploma equivalente di scuola superiore.

Si prega di identificare la lingua principale parlata da ciascun individuo del nucleo familiare di età pari o superiore a 16 anni che fa richiesta del sussidio SNAP. La lingua primaria è la lingua che la persona parla più frequentemente.

Nome (Nome e Cognome)	Massimo livello di istruzione* (I codici sono definiti di seguito)							Massimo livello di istruzione (cfr. le informazioni a seguire)	Qual è la lingua principale parlata dall'individuo?
	0	1	2	3	4	5	8		
									7

* Codici di istruzione e formazione: **0** – Meno di un diploma di scuola superiore o equipollente; **1** – Diploma di scuola superiore o diploma equipollente; **2** – Diploma Associate (diploma di corso universitario di 2 anni); **3** – Diploma di laurea di primo grado, Bachelor (diploma di corso universitario di 4 anni); **4** – Diploma di laurea di secondo grado (Master o superiore); **5** – Completamento di un Piano di istruzione personalizzato (Individualized Education Plan, IEP); **8** – Sconosciuto

NOTA: La fornitura di informazioni relative al livello di istruzione più alto, al grado di scuola più alto e alle lingue primarie parlate è volontaria. Non avranno effetti sull'idoneità delle persone che stanno facendo domanda o sul livello delle prestazioni ricevute. Queste informazioni sono richieste per soddisfare i requisiti del resoconto federale.

ORGANIZZAZIONE DI VITA E SPESE

Selezionare tutte le descrizioni che si applicano al proprio nucleo familiare:

Casa di proprietà oppure si sta pagando per la casa Affitto Migrante/bracciante stagionale Nessuna residenza permanente Convivenza con parenti o amici

Elencare le spese:

Pagamento mensile per affitto o mutuo \$ _____ Imposta annuale sulla casa \$ _____ Assicurazione annuale sulla casa _____.

Il riscaldamento viene pagato a parte?

Sì No Se sì, specificare il tipo di riscaldamento: Gas Elettricità Gasolio Legna Carbone Propano Altro (elencare) _____

Nome azienda riscaldamento _____ Conto azienda riscaldamento N. _____

Il richiedente paga per avere l'aria condizionata, sulla bolletta elettrica oppure con una quota a parte? Sì No

Il richiedente paga a parte per utenze (diverse dal riscaldamento/raffrescamento)? Sì No (ad esempio illuminazione, gas da cucina, immondizia, acqua, installazione iniziale delle utenze).

Qualcun altro paga qualcuna di tali spese al posto del richiedente (alcuni esempi sono riportati nella Sezione 8 o altro programma di sussidi)?

Sì No Se la risposta è Sì, chi paga e quanto rispettivamente? _____

Il richiedente o qualcuno nel suo nucleo familiare paga mantenimento figli imposto per legge? Sì No Se la risposta è Sì, chi _____

Nome o nomi dei minori per cui viene versato il mantenimento _____

Importo del pagamento \$ _____ Frequenza dei pagamenti (ad esempio ogni settimana, ogni due settimane, ogni mese) _____

Il richiedente e/o altra persona del suo nucleo familiare, è invalido o ha compiuto almeno 60 anni? Sì No Se la risposta è Sì, chi _____

In caso affermativo, tale persona riceve fatture mediche? Sì No Se la risposta è sì, elencare a pagina 9 a cosa si riferiscono, il loro importo e la persona che ha l'obbligo di pagarle.

8

ORGANIZZAZIONE DI VITA E SPESE (continuazione)

Il richiedente e/o altra persona del suo nucleo familiare rientra in Medicaid con spenddown (esborso personale prima dell'intervento pubblico)?

Sì No Se la risposta è Sì, chi _____ Importo \$ _____

Il richiedente o altra persona del suo nucleo familiare (che abbia 16 o 17 anni) è iscritto a scuola o a un corso di formazione?

Sì No Se la risposta è Sì, chi _____ Nome della Scuola/Programma di formazione _____

Il richiedente o altra persona del suo nucleo familiare nella fascia di età compresa tra 18 e 49 anni frequenta la scuola o un programma di formazione (di grado maggiore della scuola superiore)?

Sì No Se la risposta è Sì, chi? _____

Nome della scuola/Programma di formazione _____ Tempo pieno (Full Time, FT) Sì No Reddito Sì No Spese Sì No

Nel nucleo familiare vi sono adulti di 16 anni di età o superiore (incluso il/la richiedente) che:

Sono in stato di gravidanza? Sì No Se la risposta è Sì, chi _____

Sono affetti da condizioni mediche che limitano la loro abilità al lavoro o il tipo di lavoro che possono svolgere? Sì No Se la risposta è Sì, chi _____

8

Rispondere a queste domande:

Il richiedente o altra persona convivente sta violando una condizione di libertà vigilata o sulla parola o è in fuga per evitare il processo, la custodia o la reclusione per un delitto ed è attivamente ricercato dalle forze dell'ordine? Sì No Se la risposta è Sì, chi _____

Il richiedente o altra persona del suo nucleo familiare sta violando la libertà vigilata o sulla parola decisa da un tribunale? Sì No Se la risposta è Sì, chi _____

Il richiedente o altra persona del suo nucleo familiare è stato/a escluso/a dal ricevimento di SNAP a causa di frode o violazione intenzionale del programma?

Sì No Se la risposta è Sì, chi _____

Lei o altra persona convivente con Lei è stato/a giudicato/a colpevole di scambio di prestazioni SNAP per ottenere armi da fuoco, munizioni o esplosivi o droghe dopo il 22 settembre 1996?

Sì No Se Sì, chi _____

Lei o altra persona convivente con Lei è stato/a giudicato/a colpevole di compravendita di prestazioni SNAP per una cifra complessiva di almeno 500 dollari, dopo il 22 settembre 1996?

Sì No Se Sì, chi _____

Lei o altra persona convivente con Lei è stato/ai giudicato/a colpevole di frode per aver ricevuto prestazioni SNAP doppie in qualsiasi Stato dopo il 22 settembre 1996? Sì No

Se Sì, chi _____

È possibile utilizzare la pagina 9 se occorre più spazio o se vi sono altre informazioni che il richiedente ritiene possano servirvi.

SI PREGA DI LEGGERE ATTENTAMENTE LE INFORMAZIONI RIPORTATE DI SEGUITO

AVVERTENZA DI SANZIONI SNAP: Tutte le informazioni fornite in relazione alla domanda per le prestazioni SNAP saranno sottoposte a verifica da parte di funzionari federali, statali e locali. Se qualsiasi informazione risulta erronea, è possibile che i le prestazioni SNAP vengano rifiutate. La persona che fornisce consapevolmente informazioni errate che influiscono sull'idoneità alle prestazioni o sull'importo delle prestazioni stesse può essere perseguita penalmente. Chiunque stia violando una condizione di libertà vigilata o condizionale o sia in fuga per evitare procedimenti giudiziari, la custodia o la reclusione per un reato, ed è attivamente ricercato dalle forze dell'ordine, non è ammissibile a ricevere prestazioni SNAP.

Se si accerta che un componente del nucleo familiare avente diritto alle prestazioni SNAP è responsabile di una violazione intenzionale del programma (Intentional Program Violation, IPV), tale componente non potrà ricevere le prestazioni 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, in base ad accertamento giudiziario da cui emerge che una persona ha utilizzato o ricevuto prestazioni SNAP in una transazione implicante la vendita di una sostanza stupefacente. (Droghe illegali o determinati farmaci per cui è obbligatoria la prescrizione medica.)
- 120 mesi se viene accertata la colpevolezza riguardo a dichiarazioni false sulla propria identità o sul luogo in cui si vive, al fine di ottenere più prestazioni SNAP contemporaneamente, a meno di un'esclusione permanente per terza IPV.

Inoltre, un tribunale può sospendere la partecipazione a SNAP di una persona per altri 18 mesi.

9

LEGGERE LE IMPORTANTI INFORMAZIONI RIPORTATE DI SEGUITO (continuazione)

Esclusione permanente di una persona per:

- La prima IPV SNAP, in base ad accertamento giudiziario di utilizzo o ricevimento di prestazioni SNAP in una transazione che comporta la vendita di armi da fuoco, munizioni o esplosivi.
- La prima IPV SNAP, in base a una condanna in giudizio di traffico di prestazioni SNAP per un valore totale pari o superiore a 500 dollari (per traffici si intende 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, in base ad accertamento giudiziario da cui emerge che la persona ha utilizzato o ricevuto prestazioni SNAP in una transazione implicante la vendita di sostanze stupefacenti. (Droghe illegali o determinati farmaci per cui è obbligatoria la prescrizione medica.)
- Tutte le terze violazioni intenzionali del programma IPV SNAP.

Qualsiasi persona condannata per un reato grave consistente nell'aver consapevolmente utilizzato, trasferito, acquisito, alterato o posseduto schede di autorizzazione SNAP o aver utilizzato i relativi dispositivi, può essere soggetta a multe di fino a 250.000 dollari, subire la reclusione fino a 20 anni, o entrambe le sanzioni. Inoltre, tale persona può anche essere sottoposta a procedimento giudiziario ai sensi delle leggi federali e statali vigenti.

Si può essere giudicati inammissibili a SNAP o colpevoli di IPV se:

- Si rende una dichiarazione falsa o fuorviante, oppure si travisano, celano o nascondono fatti allo scopo di essere ammessi a prestazioni o ricevere maggiori prestazioni; oppure
- Si acquista un prodotto mediante prestazioni SNAP con l'intenzione di ottenere contanti attraverso lo smaltimento intenzionale del prodotto e il reso del contenitore per riscuotere il deposito; oppure
- Si commettono o si tenta di commettere un atto che costituisce violazione della legge federale o statale al fine di utilizzare, regalare, trasferire, acquisire, ricevere, possedere o fare traffico di prestazioni SNAP, schede di autorizzazione o documenti riutilizzabili impiegati nell'ambito del sistema elettronico di trasferimento dei sussidi (Electronic Benefit Transfer, EBT).

Inoltre, è vietato quanto segue, con la possibilità di perdere il diritto a ricevere le prestazioni SNAP e/o subire altre sanzioni per atti che implicano:

- L'utilizzo o il possesso di carte EBT non proprie, senza il consenso del titolare della carta stessa; oppure
- L'utilizzo di prestazioni SNAP per acquistare articoli diversi dagli alimenti, ad esempio alcool o sigarette, oppure per pagare alimenti precedentemente acquistati a credito; oppure
- Il consenso a qualcun altro a utilizzare la propria carta di trasferimento elettronico delle prestazioni (EBT) in cambio di contanti, armi da fuoco, munizioni, esplosivi, o droga, oppure per acquistare cibo per persone non appartenenti al nucleo familiare che riceve SNAP.

Le eventuali prestazioni SNAP ricevute in misura maggiore del dovuto (pagamento eccessivo) devono essere rimborsate. Se la pratica è attiva, tratteremo l'importo del pagamento eccessivo da successive prestazioni SNAP da ricevere. Se la pratica è stata chiusa, il beneficiario potrebbe dover rimborsare il pagamento eccessivo attraverso le eventuali prestazioni SNAP rimaste nel conto, oppure in contanti.

Chi ha ricevuto un pagamento eccessivo senza rimborsarlo, sarà deferito per la riscossione, ad esempio la riscossione automatica effettuata dal governo federale. È possibile che, per ottenere la restituzione del pagamento eccessivo, si proceda a trattenere prestazioni federali (come le prestazioni di sicurezza sociale) e i rimborsi fiscali maturati. Il debito sarà soggetto anche alle spese di elaborazione.

Qualsiasi prestazione SNAP eliminata dal conto EBT sarà utilizzata per ridurre pagamenti eccessivi correnti. Se il beneficiario presenta una nuova domanda SNAP e non ha rimborsato l'importo dovuto, verrà ridotta la prestazione SNAP eventualmente accordatagli di nuovo. Il beneficiario sarà informato in tale occasione delle prestazioni ridotte che riceverà.

CONSENSO – Comprendo che, mediante la firma di questo modulo di domanda, acconsento a qualsiasi indagine da parte dell'Ufficio di assistenza temporanea e disabilità dello Stato di New York o dal distretto locale dei servizi sociali per verificare o confermare le informazioni che ho fornito o qualsiasi altra indagine da parte loro in relazione alla mia richiesta di prestazioni SNAP. Se saranno richieste ulteriori informazioni, le fornirò. Inoltre, collaborerò con il personale statale e federale nella revisione di controllo della qualità SNAP.

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 alle prestazioni del Programma di assistenza energia abitativa (Home Energy Assistance Program, HEAP). Acconsento inoltre a che le informazioni fornite nella presente domanda vengano utilizzate per il rinvio ai programmi di assistenza per l'isolamento termico disponibili e ai programmi per utenti a basso reddito delle aziende che mi erogano i servizi. Sono consapevole altresì del fatto che lo Stato utilizzerà il mio numero di previdenza sociale per verificare che abbia ricevuto le prestazioni HEAP dalle aziende che mi erogano energia elettrica. Questa autorizzazione comprende anche il consenso accordato a qualsiasi mio fornitore di energia abitativa (incluse utenze) a fornire determinate informazioni statistiche, inclusi, ma non limitatamente a, 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 locale Distretto dei servizi sociali, 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).

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 detenute dal DOL ai fini dell'assicurazione per disoccupazione (UI) all'Ufficio di assistenza temporanea e disabilità dello Stato di New York. Tali informazioni comprendono le richieste di prestazioni UI e i dati registrati sulla retribuzione. Comprendo che l'OTDA, nonché i dipendenti delle agenzie statali e locali che lavorano negli uffici dei distretti locali dei servizi sociali si serviranno delle informazioni UI per stabilire o verificare l'idoneità e l'importo di SNAP per cui si presenta domanda con questo modulo e, inoltre nelle indagini per decidere se io abbia ricevuto prestazioni a cui non avevo diritto.

LEGGERE LE IMPORTANTI INFORMAZIONI RIPORTATE DI SEGUITO (continuazione)

CONSENSO ALLA COMUNICAZIONE DI INFORMAZIONI DA PARTE DI RESIDENTI DELL'AUTORITÀ PER L'EDILIZIA ABITATIVA DI NEW YORK CITY – Se sta facendo domanda per ricevere assistenza a New York City, questo consenso consentirà all'Autorità per l'edilizia abitativa di New York City (New York City Housing Authority, NYCHA) di comunicare le informazioni che vi riguardano all'Amministrazione risorse umane (Human Resources Administration, HRA) di New York City e al Dipartimento dei servizi sociali (Department of Social Services) per aiutare voi e il vostro nucleo familiare a presentare domanda di assistenza nell'ambito del Programma di assistenza supplementare per l'alimentazione (SNAP) e/o per l'assistenza in denaro dell'HRA, che può comprendere il pagamento di affitti arretrati.

Firmando questa domanda autorizza la NYCHA a comunicare all'HRA le informazioni relative alla Sua idoneità o al livello dei prestazioni SNAP e/o di assistenza in denaro, compresi nome, indirizzo, data di nascita e informazioni sul pagamento dell'affitto e delle utenze (ad esempio, importo mensile del canone di affitto, storico dei pagamenti, saldo dell'affitto e spese per gli elettrodomestici). Inoltre, firmando questa domanda, dichiarate di avere l'autorità di accordare il consenso per conto dei figli minori i cui nomi sono riportati nella domanda stessa e autorizzate la NYCHA a comunicare all'HRA i loro nomi, l'indirizzo e le date di nascita.

HRA manterrà riservate tutte le informazioni comunicate da NYCHA e a sua volta potrà comunicarle solo con le agenzie locali, statali e federali incaricate della supervisione dei programmi di prestazioni SNAP e di assistenza in denaro dell'HRA.

RILASCIO DI DOCUMENTI SCOLASTICI – Autorizzo il distretto dei servizi sociali della città di New York a ottenere i documenti scolastici miei e/o dei miei figli minorenni per i seguenti scopi: 1) verificare la mia idoneità a SNAP, 2) condurre revisioni o indagini risultanti da informazioni contrastanti fornite come parte del processo di ammissibilità e, 3) dimostrare all'agenzia governativa federale competente l'accesso a queste informazioni al solo scopo di verifica.

RILASCIO DI INFORMAZIONI AI FORNITORI DI SERVIZI – Autorizzo il distretto dei servizi sociali e lo Stato di New York a condividere le informazioni relative ai programmi di assistenza nutrizionale supplementare che io o qualsiasi altro membro del mio nucleo familiare, per il quale posso legalmente dare l'autorizzazione, abbiamo ricevuto, ai fini di verificare la mia idoneità a servizi e sussidi 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.

INFORMAZIONI INDENNITÀ UTENZE STANDARD (STANDARD UTILITY ALLOWANCE, SUA) – Comprendo che chi riceve SNAAP è categoricamente ammissibile per reddito al Programma di assistenza energia abitativa (HEAP). Se non ho ricevuto una prestazione HEAP superiore a 20 dollari nel mese corrente o nei 12 mesi precedenti, né altre prestazioni di simili programmi per l'assistenza energetica, devo pagare a parte il riscaldamento, l'aria condizionata o le spese per utenze, per poter ricevere un'indennità utenze standard.

VARIAZIONI – Accetto di informare l'agenzia **immediatamente** riguardo a ogni variazione delle mie necessità, reddito, proprietà, organizzazione di vita, stato di adulto abile al lavoro senza persone a carico (able-bodied adult without dependent, ABAWD) incluso se le mie ore di lavoro scendono al di sotto delle 80 ore mensili, stato di gravidanza o indirizzo per quanto a mia conoscenza o convinzione secondo i miei requisiti di segnalazione.

REQUISITO DI SEGNALAZIONE/VERIFICA DELLE SPESE DEL NUCLEO FAMILIARE – Comprendo che il mio nucleo familiare deve riferire le spese per assistenza all'infanzia e per utenze, per ottenere una deduzione SNAP per tali spese. Comprendo inoltre che il mio nucleo familiare deve segnalare e comprovare i pagamenti per affitto/mutuo, imposte sulla proprietà, assicurazione, spese mediche e mantenimento figli versati a una persona non appartenente al nucleo familiare, al fine di ottenere una deduzione SNAP per tali spese. Comprendo che la mancata segnalazione/verifica delle suddette spese sarà considerata come dichiarazione che io/noi non desideriamo ricevere una deduzione per le spese non segnalate/non verificate. La deduzione per tali spese potrebbe farmi acquisire il diritto a SNAP o potrebbe aumentare le mie prestazioni SNAP. Sono consapevole che posso segnalare/verificare queste spese in qualsiasi momento in futuro. Tale deduzione sarà quindi applicata al calcolo di SNAP nei mesi successivi secondo le norme per la segnalazione e l'elaborazione delle variazioni.

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

INFORMATIVA SULLA LEGGE SULLA PRIVACY – ACQUISIZIONE E UTILIZZO DEL NUMERO DI PREVIDENZA SOCIALE (SSN) – L'acquisizione del SSN è autorizzata per ciascun membro del nucleo familiare che fa richiesta di sussidi SNAP, ai sensi della legge sull'alimentazione e la nutrizione (Food and Nutrition Act) del 2008. Le informazioni che acquisiamo saranno utilizzate per stabilire se il nucleo familiare ha diritto o continua ad aver diritto a ricevere assistenza o prestazioni. 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. Questi dati potranno essere comunicati ad 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 saranno utilizzate per controllare l'identità, e per verificare il reddito da lavoro e non da lavoro.

Se venisse sollevato un ricorso relativo a SNAP contro il nucleo familiare, le informazioni riportate in questa domanda, compresi tutti i SSN, potrebbero essere comunicate alle agenzie federali e statali, nonché alle agenzie private per la riscossione delle somme rivendicate, in relazione alla procedura di riscossione del ricorso. Chiunque presenti la domanda per SNAP deve fornire un SSN. Saranno utilizzati e comunicati secondo le modalità sopra descritte anche i SSN dei membri non ammissibili. Se il richiedente o chiunque presenti la domanda o la ricertificazione non possiede un SSN, sarà necessario chiederlo presso la Social Security Agency (Agenzia per la sicurezza sociale – SSA.gov).

Oltre a utilizzare le informazioni fornite dal richiedente, lo Stato utilizza i dati per elaborare statistiche su tutte le persone che ricevono sussidi ai sensi del Programma di assistenza per l'energia abitativa. 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.

LEGGERE LE IMPORTANTI INFORMAZIONI RIPORTATE DI SEGUITO (continuazione)

CITTADINANZA/STATO IMMIGRAZIONE – Giuro e/o affermo, consapevole delle sanzioni prescritte per la falsa testimonianza, che le informazioni che ho fornito sulla cittadinanza e lo stato di immigrazione che riguardano me stesso/a e tutte le persone del mio nucleo familiare sono vere e corrette. Sono consapevole che l'autenticità di ogni informazione che fornisco per verificare lo stato di immigrazione di chiunque stia presentando la domanda per SNAP potrebbe essere controllata presso i Servizi per la cittadinanza e l'immigrazione degli Stati Uniti.

In relazione al programma SNAP, la cittadinanza deve essere documentata **solo se dubbia**.

RAPPRESENTANTE AUTORIZZATO – È possibile autorizzare qualcuno che conosca la situazione del nucleo familiare perché **presenti domanda** per SNAP al posto del richiedente. È anche possibile autorizzare qualcuno che non appartiene al proprio nucleo familiare a ricevere una carta EBT per poter acquistare alimenti al posto del richiedente stesso. Se si desidera autorizzare qualcuno, occorre farlo per iscritto. È possibile farlo indicando nello spazio sottostante, in stampatello o a macchina, il nome, l'indirizzo e il numero di telefono della persona. Quando un Rappresentante autorizzato presenta una richiesta per conto del capofamiglia idoneo a ricevere i sussidi SNAP che non risiede in un istituto, il Rappresentante autorizzato che un adulto appartenente al nucleo familiare idoneo al programma SNAP devono **entrambi** apporre la propria firma e la data nelle sezioni in fondo a questa pagina, a meno che il Rappresentante autorizzato sia stato designato in altro modo, per iscritto, da parte del nucleo familiare.

SE DESIDERA AUTORIZZARE UNA PERSONA, SI PREGA DI SCRIVERE IN STAMPATELLO O A MACCHINA IL SUO NOME, IL SUO INDIRIZZO E IL SUO NUMERO DI TELEFONO A SEGUIRE.

Nome _____ Indirizzo _____ Telefono _____

Selezionare questa casella se desidera che il tuo Rappresentante autorizzato ottenga una carta EBT per acquistare alimenti per Suo conto.

CERTIFICAZIONE: Ho letto e compreso gli avvisi di cui sopra. Comprendo e accetto le cessioni, le autorizzazioni e i consensi di cui sopra. Giuro e/o dichiaro, consapevole delle sanzioni prescritte per le dichiarazioni false, che le informazioni da me fornite o che fornirò al distretto locale dei servizi sociali sono corrette. È necessario che il richiedente firmi a seguire al fine di completare la procedura di presentazione della domanda.

FIRMA DEL RICHIEDENTE (o di un componente responsabile adulto del nucleo familiare)	DATA DELLA FIRMA
X	
FIRMA DEL Rappresentante autorizzato	DATA DELLA FIRMA
X	

LA PERSONA CHE HA EVENTUALMENTE FORNITO LA SUA ASSISTENZA NELLA COMPILAZIONE DELLA PRESENTE DOMANDA / RICERTIFICAZIONE DEVE SCRIVERE IN STAMPATELLO O A MACCHINA IL PROPRIO NOME E IL PROPRIO INDIRIZZO IN QUESTO SPAZIO. È FACOLTATIVO INDICARE ANCHE IL PROPRIO NUMERO DI TELEFONO.

Nome _____ Indirizzo _____ Telefono _____

Utilizzare questo spazio per ulteriori informazioni:

Nome della persona interessata _____ Spiegazione:

Nome della persona interessata _____ Spiegazione:

Nome della persona interessata _____ Spiegazione:

12

ESPRIMO IL CONSENSO A RITIRARE LA MIA DOMANDA/RICERTIFICAZION. Sono consapevole della possibilità di ripresentare la domanda in qualsiasi momento.

FIRMA

13

DATA

Riservato all'agenzia

Ammissibilità decisa da _____ Data _____

Firma della persona che ha acquisito le informazioni sull'ammissibilità: _____ Data _____

Ragione ____/____/____ Ritiro Rifiuto Ricertificazione. Chiusura

Ammissibilità approvata da _____ Data _____

Periodo autorizzazione SNAP: da _____ a _____

COLLOQUIO DI PERSONA COLLOQUIO TELEFONICO

Commenti:



NYS Agency-Based Voter Registration Form

"If you are not registered to vote where you live now, would you like to apply to register here today?"

- YES** If you checked **YES**, please complete the **VOTER REGISTRATION APPLICATION** below
- NO** because I choose not to register **OR**
- I am already registered at my current address **OR**
- I asked for and received a mail registration form

If you do not check any box, you will be considered to have decided not to register to vote at this time.

Signature _____

Date _____ / _____ / _____

Please Print Name _____

Important!

Applying to register or declining to register to vote will not affect the amount of assistance that you will be provided by this agency.

If you would like help filling out the voter registration application form, we will help you. The decision whether to seek or accept help is yours. You may fill out the application form in private.

Información en español: si le interesa obtener este formulario en español, llame al 1-800-367-8683

中文資料: 若您有興趣索取中文資料表格, 請電: 1-800-367-8683

한국어: 한국어 한국어 양식을 원하시면 1-800-367-8683 으로 전화 하십시오.

যদি আপনি এই ফর্মটি ইংরেজীতে পেতে চান তাহলে 1-800-367-8683 নম্বরে ফোন করুন

VOTER REGISTRATION APPLICATION (instructions on back)

Yes, I need an application for an Absentee Ballot **Please print or type in blue or black ink** Yes, I would like to be an Election Day worker

1	Are you a U.S. citizen? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <small>If you answered NO, do not complete this form</small>	2	A) Will you be 18 years old on or before election day? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO B) Are you at least 16 years of age and understand that you must be 18 years of age on or before election day to vote, and that until you will be eighteen years of age at the time of such election your registration will be marked "pending" and you will be unable to cast a ballot in any election? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <small>If you answered NO to both of the prior questions, you cannot register to vote.</small>	For Board Use Only		
3	Last Name _____ First Name _____ Middle Initial _____ Suffix _____					
4	Address where you live (do not give P.O. box) _____ Apt. No. _____ City/Town/Village _____ Zip Code _____ County _____					
5	Address where you get your mail (if different than above) _____ P.O. Box, Star Route, etc. _____ Post Office _____ Zip Code _____					
6	Date of Birth _____	7	Gender (optional) _____	8	Telephone (optional) _____	Email (optional) _____
10	The last year you voted _____	Your address was (give house number, street and city) _____		9	ID Number (Check the applicable box and provide your number) <input type="checkbox"/> New York State DMV number _____ <input type="checkbox"/> Last four digits of your Social Security number _____ <input type="checkbox"/> I do not have a New York State DMV or Social Security number	
11	Political Party I wish to enroll in a political party <input type="checkbox"/> Democratic party <input type="checkbox"/> Republican party <input type="checkbox"/> Conservative party <input type="checkbox"/> Working Families party <input type="checkbox"/> Other _____ I do not wish to enroll in any political party and wish to be an independent voter <input type="checkbox"/> No party				12	Affidavit: I swear or affirm that <ul style="list-style-type: none">• I am a citizen of the United States.• I will have lived in the county, city or village for at least 30 days before the election.• I will meet all requirements to register to vote in New York State.• This is my signature or mark on the line below.• The above information is true, I understand that if it is not true, I can be convicted and fined up to \$5,000 and/or jailed for up to four years. Signature or Mark in ink _____ / _____ Date _____

(Optional) Register to donate your organs and tissues

Last Name		
First Name	Middle Initial	Suffix
Address		
Apt Number	City/Town/Village	Zip Code
Birth Date	Gender <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Eye Color	Height _____ Ft. _____ In.	
Email	DMV or ID NYC Number	

By signing below, you certify that you are:

- 16 years of age or older
- Consent to donate all of your organs and tissues for transplantation, research, or both;
- Authorizing the Board of Elections to provide your name and identifying information to NYS Donate Life Registry for enrollment;
- And authorizing the Registry to allow access to this information to federally regulated organ procurement organizations and NYS-licensed tissue and eye banks and others approved by the NYS Commissioner of Health hospitals upon your death.



Signature _____

Date _____ / _____ / _____

Qualifications for Registration

Important!

You Can Use This Form To:

- register to vote in New York State;
- change your name and/or address, if there is a change since you last voted;
- enroll in a political party or change your enrollment;
- pre-register to vote if you are 16 or 17 years of age.

To Register You Must:

- be a U.S. citizen;
- be 18 years old (you may pre-register at 16 or 17 but cannot vote until you are 18);
- be a resident of the County, or of the City of New York at least 30 days before an election;
- not be in prison for a felony conviction;
- not claim the right to vote elsewhere; and
- not found to be incompetent by a court.

If you believe that someone has interfered with your right to register or to decline to register to vote, your right to privacy in deciding whether to register or in applying to register to vote, or your right to choose your own political party or other political preference, you may file a complaint with:

NYS Board of Elections

40 North Pearl St, Suite 5

Albany, NY 12207-2729

Telephone: 1-800-469-6872;

TDD/TTY users contact the New York State Relay at 711;

or visit our web site - www.elections.ny.gov

Your decision to register will remain confidential and will be used only for voter registration purposes. Anyone not choosing to register to vote and/or information regarding the office to which the application was submitted will remain confidential, to be used only for voter registration purposes.

Verifying your identity

We will try to check your identity before Election Day, through the DMV number (driver's license number or non-driver ID number), or the last four digits of your social security number, which you will fill in Box 9.

If you do not have a DMV or Social Security number, you may use a valid photo ID, a current utility bill, bank statement, paycheck, government check or some other government document that shows your name and address. You may include a copy of one of those types of ID with this form.

If we are unable to verify your identity before Election Day, you will be asked for ID when you vote for the first time.

To complete this form:

It is a crime to procure a false registration or to furnish false information to the Board of Elections.

Box 9: You must make one selection. For questions refer to Verifying your identity above.

Box 10: If you have never voted before, write "None". If you can't remember when you last voted, put a question mark (?). If you voted before under a different name, put down that name. If not, write "Same".

Box 11: Check one box only. Political party enrollment is optional but that, in order to vote in a primary election of a political party, a voter must enroll in that political party, unless state party rules allow otherwise.