



ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE DEL MODULO DI DOMANDA DI RICERTIFICAZIONE DELLO STATO DI NEW YORK PER:

- **ASSISTENZA PUBBLICA**
- **PROGRAMMA DI ASSISTENZA
SUPPLEMENTARE PER L'ALIMENTAZIONE**
- **MEDICAID E PROGRAMMA DI ASSISTENZA
SUPPLEMENTARE PER L'ALIMENTAZIONE**
- **MEDICAID E ASSISTENZA PUBBLICA**

Le persone non vedenti o gravemente ipovedenti possono richiedere il modulo di domanda/ricertificazione o le presenti istruzioni in un formato alternativo, facendone richiesta al distretto dei servizi sociali (“distretto”) competente per zona. Sono disponibili i seguenti formati alternativi:

- Stampa a caratteri ingranditi
- Formato dati (un documento elettronico accessibile con lettore di schermo);
- Formato audio (una trascrizione audio dei formati alternativi o delle domande presenti sui moduli di domanda/ricertificazione);
- Braille, se il richiedente dichiara che nessuno dei formati alternativi di cui sopra sarebbe altrettanto efficace

È anche possibile scaricare i moduli di domanda/ricertificazione e le istruzioni nei formati a caratteri ingranditi, dati e audio dai siti www.otda.ny.gov o www.health.ny.gov. Tenere presente Si prega di notare che i moduli di domanda/ricertificazione sono disponibili in formato audio e Braille esclusivamente a scopo informativo. Per richiedere la ricertificazione è necessario inoltrare una domanda che non deve essere scritta in uno dei formati alternativi.

In caso di disabilità che impediscono la compilazione della domanda di ricertificazione e/o che non consentono di attendere prima di essere sottoposti al colloquio, comunicarlo al distretto competente. Il personale del distretto si impegnerà in ogni modo per trovare una soluzione ragionevole che soddisfi le necessità del richiedente.

Se si necessita di un altro tipo di soluzione o di assistenza per la compilazione della presente domanda di ricertificazione rivolgersi al distretto competente. Ci impegniamo a fornirvi assistenza e supporto con professionalità e rispetto.

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE DEL MODULO DI DOMANDA DI RICERTIFICAZIONE

Ogni volta che nel modulo di domanda di ricertificazione di ricertificazione si incontrano i termini “Assistenza pubblica” o “PA” vanno intesi come “Assistenza alla famiglia” (Family Assistance) e/o “Assistenza della rete di protezione” (Safety Net Assistance). Entrambi i programmi sono chiamati “Assistenza pubblica”. PA e gli altri programmi per cui si può richiedere la ricertificazione con il presente modulo sono stati pensati per offrire un aiuto temporaneo a coloro che ne hanno bisogno. Alcuni programmi presentano un limite temporale all’assistenza offerta, perciò è importante raggiungere l’autosufficienza il prima possibile. Il distretto ha il compito di aiutare le persone a raggiungere l’autosufficienza. A questo scopo è necessario conoscere l’identità e le necessità di coloro che presentano le domande. Per questo motivo occorre compilare un modulo di domanda di ricertificazione.

Nell’ambito della procedura di ricertificazione, il distretto chiederà di dichiarare e comprovare le informazioni personali del richiedente e delle altre persone per le quali si richiede la ricertificazione. Alla fine delle presenti istruzioni è possibile trovare un elenco dei requisiti in fatto di documentazione che riportano il tipo di informazioni che potrebbero essere richieste e il tipo di documenti da fornire per comprovare le informazioni stesse. Ad esempio, per provare la propria identità, è possibile fornire un documento di identità con fotografia, una patente di guida, un passaporto statunitense, un certificato di naturalizzazione, referti medici o cartelle cliniche, o documenti relativi a un’adozione. Inoltre, nell’ambito della procedura di ricertificazione, il personale del distretto farà un colloquio con il richiedente, raggruppando, se possibile, i colloqui previsti per più programmi.

Il modulo di domanda di ricertificazioni e le presenti istruzioni sono suddivisi per sezioni numerate, per agevolare gli utenti. Nella compilazione del modulo di domanda di ricertificazione occorre tenere a mente quanto segue:

- **SCRIVERE IN STAMPATELLO E IN MODO CHIARO.**
- **NON SCRIVERE NELLE CASELLE OMBREGGiate.**
- **ASSICURARSI DI COMPILARE TUTTE LE SEZIONI RELATIVE ALLE PERSONE PER CUI SI RICHIEDE LA RICERTIFICAZIONE.**
- **USARE SEMPRE I NOMI LEGALI, A MENO CHE NON VENGA RICHiesto DIVERSAMENTE.**
- **SE SI PRESENTA LA DOMANDA IN QUALITÀ DI RAPPRESENTANTE DI UN’ALTRA PERSONA, FORNIRE LE INFORMAZIONI RELATIVE A QUEST’ULTIMA PERSONA, NON A SE STESSI. ASSICURARSI CHE ENTRAMBI, IL RAPPRESENTANTE E IL RAPPRESENTATO, FIRMINO L’ULTIMA PAGINA DEL MODULO DI DOMANDA DI RICERTIFICAZIONE.**
- **IN CASO DI DUBBI SU COME COMPILARE LA PRESENTE DOMANDA DI RICERTIFICAZIONE CHIEDERE AL DISTRETTO COMPETENTE.**

Oltre alla copia del modulo LDSS-3174, “Modulo di domanda di ricertificazione per determinate prestazioni e servizi dello Stato di New York”, verificare di avere copie dei seguenti opuscoli informativi, disponibili presso il distretto o sul sito www.otda.ny.gov:

- **LDSS-4148A: “Libro 1: Che cosa si deve sapere sui diritti e i doveri”**
- **LDSS-4148B: “Libro 2: Che cosa si deve sapere sui programmi dei servizi sociali”**
- **Supplemento al Libro 1, LDSS-4148A e al Libro 2, LDSS-4148B: “Importanti modifiche al programma Medicaid”**
- **LDSS-4148C: “Libro 3: Che cosa si deve sapere in caso di emergenza”**

FRONTESPIZIO DEL MODULO DI DOMANDA DI RICERTIFICAZIONE

Le persone non vedenti o gravemente ipovedenti possono richiedere di ricevere comunicazioni relative ai programmi per i quali stanno richiedendo la ricertificazione in un formato alternativo. I formati alternativi sono disponibili a caratteri ingranditi, in CD dati, CD audio o in Braille, se il richiedente dichiara che nessuno dei formati alternativi di cui sopra sarebbe altrettanto efficace.

LE PERSONE NON VEDENTI O GRAVEMENTE IPOVEDENTI PREFERISCONO RICEVERE LE COMUNICAZIONI SCRITTE IN UN FORMATO ALTERNATIVO? Le persone non vedenti o gravemente ipovedenti devono selezionare (✓) “Sì” o “No” per indicare se desiderano ricevere in un formato alternativo le comunicazioni scritte sui programmi per cui richiedono la ricertificazione.

IN CASO AFFERMATIVO, SELEZIONARE IL TIPO DI FORMATO PREFERITO: Le persone non vedenti o gravemente ipovedenti che desiderano ricevere in un formato alternativo le comunicazioni sui programmi per cui stanno richiedendo la ricertificazione devono selezionare (✓) il tipo di formato preferito: a caratteri ingranditi, in CD dati, CD audio o in Braille. Braille è disponibile come formato alternativo, se si afferma che nessuno degli altri formati alternativi sarà altrettanto efficace.

Se si necessita di un altro tipo di soluzione o di assistenza per la compilazione della presente domanda di ricertificazione rivolgersi al distretto competente.

PAGINA 1 DEL MODULO DI DOMANDA DI RICERTIFICAZIONE

SEZIONE 1: SELEZIONARE TUTTI I PROGRAMMI PER CUI IL RICHIEDENTE O ALTRI COMPONENTI DEL SUO NUCLEO FAMILIARE STANNO FACENDO DOMANDA DI RICERTIFICAZIONE

Selezionare (✓) la casella corrispondente al programma per il quale il richiedente o altri membri del nucleo familiare stanno facendo domanda di ricertificazione.

Medicaid comprende il programma Medicaid, Medicaid Buy-In per lavoratori con disabilità e i programmi di assistenza alla pianificazione familiare (Family Planning Benefit). Quando nel modulo si incontra la sigla “MA”, si intende “Medicaid”, chiamato in precedenza “Assistenza medica” (Medical Assistance). È possibile fare domanda per MA utilizzando il presente modulo di domanda di ricertificazione solo se la si richiede per le prestazioni di Assistenza pubblica (Public Assistance, PA) o per il Programma di assistenza supplementare per l'alimentazione (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP). Se desidera fare domanda di ricertificazione per le prestazioni Medicaid e SNAP selezionare (✓) la casella “Medicaid (MA) e SNAP”. Se desidera fare domanda di ricertificazione per le prestazioni Medicaid e PA selezionare (✓) la casella “Medicaid (MA) e PA”.

Se desidera fare domanda di ricertificazione per le sole prestazioni MA può andare online sul sito <https://nystateofhealth.ny.gov/> o chiamare il numero 1-855-355-5777 per ulteriori informazioni o per richiedere la ricertificazione. Oppure può presentare domanda cartacea per le sole prestazioni MA, modulo DOH-4220, che le verrà fornito dall'operatore, o chiamare la linea telefonica di assistenza per le prestazioni MA al numero 1-800-541-2831. Se desidera presentare domanda di ricertificazione per il solo programma Risparmi Medicare (Medicare Savings Program, MSP) deve utilizzare il modulo DOH-4328, che le verrà fornito dall'operatore. Se ha necessità immediata di ricevere servizi assistenziali alla persona, deve presentare separatamente una domanda per prestazioni MA utilizzando il modulo DOH-4220 MA.

SEZIONE 2

QUAL È LA SUA LINGUA PRINCIPALE? Selezionare (✓) la casella “Inglese”, “Spagnolo” o “Altro” per indicare la lingua usata più di frequente. Se si seleziona (✓) la casella “Altro” aggiungere scrivendo in stampatello la lingua preferita.

DESIDERA RICEVERE LE COMUNICAZIONI IN: Il richiedente riceverà comunicazioni riguardanti i programmi per cui fa richiesta la ricertificazione. Selezionare (✓) la casella “Solo inglese” o “Inglese e spagnolo” per indicare la lingua in cui si desidera ricevere tali comunicazioni.

SEZIONE 3: INFORMAZIONI SUL DESTINATARIO

NOME: Scrivere nome, iniziale del secondo nome e cognome.

STATO CIVILE: Scrivere l'attuale stato civile: celibe/nubile, coniugato/a, vedovo/a, separato/a legalmente o divorziato/a. Se non si è mai contratto matrimonio scrivere la dicitura appropriata e non “single”.

NUMERO DI TELEFONO: Scrivere il numero di telefono.

NUMERO DI CELLULARE?: Indicare se si tratta di un telefono cellulare selezionando (✓) “SÌ” o “NO.”

INDIRIZZO DI RESIDENZA: **Indirizzo:** Scrivere il numero civico della casa o del palazzo in cui si abita e la via (street, avenue, road etc.).

Apt. No.: Scrivere il numero dell'appartamento, se applicabile.

Città: Scrivere il nome della città di residenza.

Contea: Scrivere il nome della contea di residenza.

Stato: Scrivere il nome dello stato di residenza.

Codice postale: Scrivere il codice postale corrispondente all'indirizzo.

PRESSO TERZI: Se qualcuno riceve la posta per il richiedente indicare il nome della persona in questione.

INDIRIZZO POSTALE: Se il richiedente riceve la posta in un luogo diverso da quello di residenza, scrivere il relativo indirizzo (compreso numero dell'appartamento, se applicabile) o il numero della casella postale, la città, la contea, lo stato e il codice postale.

DA QUANTO TEMPO ABITA AL PRESENTE INDIRIZZO?: Scrivere da quanto tempo si abita all'indirizzo attuale, indicando il numero di anni e/o mesi.

SI TRATTA DI UNA RESIDENZA TEMPORANEA?: Selezionare (✓) “SÌ” o “NO” per indicare se il luogo di abitazione è o meno una residenza temporanea.

ALTRO TELEFONO A CUI È POSSIBILE CONTATTARLA: Scrivere un altro numero di telefono a cui è possibile contattare il richiedente.

INDIRIZZO EMAIL (FACOLTATIVO): Scrivere un indirizzo di posta elettronica per consentire al distretto di contattare il richiedente via email. **Ai fini della domanda non è necessario indicare un indirizzo email.**

INDICAZIONI RELATIVE ALL'INDIRIZZO ATTUALE: Scrivere le indicazioni necessarie per individuare l'abitazione, utilizzando punti di riferimento comunemente noti.

INDIRIZZO PRECEDENTE: Scrivere l'indirizzo di residenza precedente a quello attuale.

SE ATTUALMENTE NON SI HA DISPONIBILITÀ DI UN'ABITAZIONE, SELEZIONARE QUI: Se non si ha un'abitazione/un indirizzo, selezionare (✓) questa casella.

AGENZIA CHE AIUTA IL RICHIEDENTE/PERSONA DI CONTATTO: Se, nel compilare la domanda di certificazione, si riceve assistenza da qualcuno, scrivere il nome di questa persona, dell'eventuale agenzia e il relativo numero di telefono.

HA BISOGNO CHE LA PARTE MEDICAID DEL PRESENTE MODULO DI DOMANDA DI RICERTIFICAZIONE E IL POTENZIALE RICEVIMENTO DI QUALSIASI COPERTURA MEDICAID SIANO MANTENUTI RISERVATI? Selezionare (✓) “SÌ” o “NO” per indicare nel modulo di domanda di ricertificazione e/o informare l'operatore se si desiderano mantenere riservate la domanda stessa e/o la corrispondenza relativa al ricevimento di qualsiasi copertura Medicaid.

INDICHI CHE COSA È CAMBIATO RISPETTO ALL'ULTIMA DOMANDA O ALL'ULTIMA RICERTIFICAZIONE Indichi eventuali modifiche intervenute dall'ultima domanda o l'ultima ricertificazione, quali, ad esempio, cambio di indirizzo, nuova nascita, variazione di reddito, perdita di lavoro etc.

SEZIONE 4: NUOVA DOMANDA PER PRESTAZIONI SNAP

Leggere la dichiarazione di cui alla Sezione 4 del modulo di domanda di ricertificazione, firmare e indicare la data nello spazio sottostante la dichiarazione, se quest'ultima è relativa a lei o ad altre persone per le quali fa domanda. Per chiarimenti su questa sezione rivolgersi al distretto competente.

SEZIONE 5: QUALI DELLE SEGUENTI CONDIZIONI TROVANO APPLICAZIONE ALLA SUA SITUAZIONE?

Selezionare (✓) tutte le situazioni relative al richiedente o ad altre persone per le quali sta facendo domanda di ricertificazione.

PAGINA 2 DEL MODULO DI DOMANDA DI RICERTIFICAZIONE

SEZIONE 6: INFORMAZIONI SUL NUCLEO FAMILIARE

NOME: Scrivere il nome, l'iniziale del secondo nome e il cognome delle persone conviventi, *anche se non stanno facendo domanda di ricertificazione*, mettendo il nome del richiedente al primo posto dell'elenco.

QUESTA PERSONA FA DOMANDA DI RICERTIFICAZIONE PER: Per tutte le persone che stanno facendo domanda di ricertificazione selezionare (✓) i tipi di assistenza cui si riferisce: PA per Assistenza pubblica, SNAP per Programma di assistenza supplementare per l'alimentazione, MA per Medicaid.

DATA DI NASCITA: Scrivere la data di nascita di tutte le persone *che stanno facendo domanda di ricertificazione*.

SESSO e IDENTITÀ DI GENERE: Lo Stato di New York garantisce il diritto di accedere alle prestazioni e/o ai servizi dello Stato a prescindere da sesso, identità o espressione di genere. Al richiedente è fatto obbligo di fornire informazioni sul proprio sesso e quello dei membri del nucleo familiare, selezionando tra maschile, femminile o "X", e indicando "M" per maschio, "F" per femmina o "X" per non-binario o altra identità. 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 rapporta con gli altri. L'identità di genere può essere uguale o diversa dal sesso assegnato al momento della nascita. Ai fini della compilazione di questo modulo non è richiesta la qualificazione dell'identità di genere. Se l'identità di genere del richiedente, o quella di altri membri del suo nucleo familiare, è diversa dal sesso dichiarato per quella persona e si desidera indicarne l'identità di genere scrivere nell'apposito spazio "Maschile", "Femminile", "Non-binario", "X", "Transgender" oppure "Identità diversa". Indicando "Identità diversa" è possibile scegliere di descrivere più dettagliatamente l'identità di genere della persona nell'apposito spazio. Queste informazioni vengono fornite su base volontaria, e non avrà alcun effetto sull'idoneità delle persone che presentano la domanda o sul livello di prestazioni ricevute.

RELAZIONE CON IL RICHIEDENTE: Per ogni persona scrivere la relazione che ha con il richiedente (es., coniuge, figlio, figlio in affido, amico, coinquilino, pensionante etc.).

NUMERO DI PREVIDENZA SOCIALE DEI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE CHE STANNO FACENDO DOMANDA DI RICERTIFICAZIONE: Scrivere il numero di previdenza sociale di ogni singola persona che sta facendo domanda di ricertificazione *a meno che tale persona non sia una donna in stato di gravidanza che richiede la ricertificazione per le sole prestazioni Medicaid*.

MASSIMO LIVELLO DI ISTRUZIONE: Indicare il massimo livello di istruzione (da 1 a 12) raggiunto dalle singole persone *che stanno facendo domanda di ricertificazione*. Se è superiore a 12, indicare 13.

QUESTA PERSONA (COMPRESI I FIGLI MINORI) COMPRA GENERI ALIMENTARI O PREPARA I PASTI CON IL RICHIEDENTE? È importante selezionare (✓) “SÌ” o “NO” a questa domanda in riferimento a tutte le persone che vivono con il richiedente, indipendentemente dal fatto che stiano o meno facendo domanda di ricertificazione. Talvolta, coloro che separatamente comprano generi alimentari e preparano i pasti potrebbero ricevere prestazioni SNAP in misura maggiore.

INDICARE IL NOME DA NUBILE O ALTRI NOMI CON CUI LA PERSONA CHE STA FACENDO DOMANDA O ALTRI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE SONO CONOSCIUTI: Scrivere i nomi da nubile, i nomi acquisiti da precedenti matrimoni o altri nomi usati da tutti coloro che sono indicati in questa sezione, indicando nome proprio, iniziale del secondo nome e cognome.

SEZIONE 7: VARIAZIONI NEL NUCLEO FAMILIARE

Compilare questa sezione se nell'ultimo anno qualcuno è entrato a far parte del suo nucleo familiare o ne è uscito?

PAGINA 3 DEL MODULO DI DOMANDA DI RICERTIFICAZIONE

SEZIONE 8: RAZZA/ETNIA

Queste informazioni vengono fornite su base volontaria. Non avranno effetti sull'idoneità delle persone che stanno facendo domanda o sul livello delle prestazioni ricevute. Le informazioni servono per verificare che le prestazioni del programma vengano erogate indipendentemente dalla razza, dal colore o dall'origine nazionale. Per compilare questa sezione inserire “Y” per “SÌ” per ogni persona che fa domanda di ricertificazione nella colonna con etichetta “H” per indicare se la persona è ispanica e/o latina. Inserire “Y” per “SÌ” nelle colonne corrispondenti alla razza per indicare l'origine razziale delle singole persone:

- H = Ispanica o latina
- I = Nativa americana o dell'Alaska
- A = Asiatica
- B = Nera o afroamericana
- P = Nativa delle Hawaii o delle isole del Pacifico
- W = Bianca
- U = Sconosciuta

Queste informazioni vengono fornite su base volontaria. Non avranno effetti sull'idoneità delle persone che stanno facendo domanda di ricertificazione o sul livello delle prestazioni ricevute. Il motivo della richiesta di tali informazioni è di accertarsi che i sussidi del programma siano erogati indipendentemente dalla razza, dal colore, o dall'origine nazionale.

PAGINA 4 DEL MODULO DI DOMANDA DI RICERTIFICAZIONE

SEZIONE 9: CITTADINANZA / PRIVO DI CITTADINANZA CON STATO DI IMMIGRAZIONE REGOLARE

Se il richiedente o altre persone del suo nucleo familiare stanno facendo domanda di ricertificazione per il Programma di assistenza supplementare per l'alimentazione (SNAP), è necessario elencare *tutti coloro* che appartengono al nucleo familiare, anche se non stanno facendo domanda di ricertificazione per le prestazioni SNAP. È necessario anche elencare tutti i fratelli, le sorelle e i genitori che vivono con i minori che stanno facendo domanda di ricertificazione per le prestazioni dell'Assistenza pubblica (PA). Se tale sezione non viene compilata con i dati di una persona che sta facendo domanda di ricertificazione, quest'ultima potrebbe non ricevere l'assistenza.

NOME: Scrivere il nome, l'iniziale del secondo nome (MI) e il cognome delle singole persone che stanno facendo domanda di ricertificazione o di chi deve essere indicato in elenco.

PER OGNI PERSONA SELEZIONARE “CITTADINO/NAZIONALE” O “PRIVO DI CITTADINANZA”:

Vicino al nome delle singole persone selezionare (✓) la casella “CITTADINO/NAZIONALE” per indicare che si tratta di un cittadino statunitense, un nativo americano o un nazionale *oppure* la casella “PRIVO DI CITTADINANZA” per indicare che *non* si tratta di un cittadino statunitense, un nativo americano o un nazionale.

NUMERO USCIS (NUMERO DI REGISTRAZIONE STRANIERI) O NUMERO DI SOGGETTO PRIVO DI CITTADINANZA: Se applicabile, indicare il numero dei Servizi per la cittadinanza e l'immigrazione (U.S. Citizenship and Immigration Services, USCIS) o il numero di soggetto privo di cittadinanza.

SEZIONE 10: CERTIFICAZIONE

Leggere con attenzione le dichiarazioni alla fine della presente sezione, quindi firmare e datare la certificazione che attesta la cittadinanza o la condizione di soggetto privo di cittadinanza con stato di immigrazione regolare di tutte le persone *che stanno facendo domanda di ricertificazione* per uno dei seguenti programmi. Se uno dei richiedenti la ricertificazione non è un cittadino statunitense, un nativo americano o un nazionale, selezionare (✓) i programmi per i quali sta facendo domanda di ricertificazione e rispetto ai quali ha uno stato di soggetto privo di cittadinanza con stato di immigrazione regolare:

- Assistenza pubblica (PA);
- Programma di assistenza supplementare per l'alimentazione (SNAP), e/o
- Medicaid (MA).

“Stato di soggetto privo di cittadinanza” indica lo stato di una persona priva di cittadinanza che ha comunque il diritto a beneficiare delle prestazioni di un determinato programma. Tenere presente che programmi diversi hanno requisiti diversi per definire lo stato di soggetto privo di cittadinanza. LDSS-4148B, “Volume 2: Che cosa si deve sapere sui programmi dei servizi sociali” e l'inserito a LDSS-4148B, “Che cosa si deve sapere sui programmi dei servizi sociali (LDSS-4148B.1)” contengono ulteriori informazioni riguardanti i diversi tipi di stato di soggetto privo di cittadinanza con situazione regolare. Per ulteriori informazioni ci si può rivolgere al distretto competente.

Un membro adulto di un nucleo familiare o un rappresentante autorizzato possono firmare la certificazione per tutti i membri del nucleo familiare che stanno facendo domanda di ricertificazione. Ad esempio, un genitore *privo* di cittadinanza o *senza* uno stato di immigrazione regolare può firmare la certificazione per un minore *con* cittadinanza o uno stato di immigrazione regolare. Se un componente del nucleo familiare che sta facendo domanda di ricertificazione è UN minore di 18 anni (oppure se ha almeno 18 anni ma non può apporre la propria firma a causa di un problema di salute o una disabilità), è *necessario* che un altro membro del nucleo familiare, che abbia almeno 18 anni, firmi al posto suo.

Quando si firma al posto di un altro membro del nucleo familiare, si firma usando il proprio nome. Ad esempio, Mary Doe, quando firma per il figlio neonato Johnny Doe, deve firmare “Mary Doe”.

Selezionare una casella e firmare la certificazione significa attestare, sotto pena di falsa testimonianza, che lei o altre persone per cui sta firmando siete cittadini statunitensi, nativi americani, nazionali o soggetti privi di cittadinanza con stato di immigrazione regolare, per quanto riguarda i singoli programmi per cui state facendo domanda di ricertificazione. Se non si seleziona una delle caselle o non si fornisce il numero dei Servizi per la cittadinanza e l'immigrazione (USCIS) per un richiedente privo di cittadinanza, la persona in questione potrebbe non ricevere l'assistenza.

Non si deve firmare la certificazione per se stessi o per altre persone che non siano cittadini statunitensi, nativi americani o nazionali o che non siano soggetti privi di cittadinanza con stato di immigrazione regolare. I soggetti privi di cittadinanza senza uno stato di immigrazione regolare non hanno diritto a ricevere le prestazioni PA, SNAP o Medicaid (ad eccezione di Medicaid per il trattamento di un'emergenza medica). Tali persone potrebbero anche non avere diritto a determinati Servizi (servizi di prevenzione/protezione del minore o dell'adulto).

Potremmo procedere al controllo della condizione di soggetto privo di cittadinanza di uno o di tutti i membri del nucleo familiare richiedenti la ricertificazione per PA, prestazioni SNAP o Medicaid, inviando all'USCIS le informazioni forniteci. Le informazioni ricevute dall'USCIS potrebbero influenzare l'idoneità e il livello di prestazioni del nucleo familiare.

PAGINA 5 DEL MODULO DI DOMANDA DI RICERTIFICAZIONE

SEZIONE 11: INFORMAZIONI SUL RINVIO ALL'UNITÀ PER L'ESECUZIONE DELL'OBBLIGO DI MANTENIMENTO

Non occorre compilare la presente sezione se si fa domanda di ricertificazione solo per Medicaid e se a richiedere la prestazione è una donna incinta, che ha partorito negli ultimi 60 giorni o che sta facendo domanda di ricertificazione per minori di 21 anni.

1. Selezionare (✓) "Sì" o "No" per indicare se si sta facendo domanda di ricertificazione per persone, *compreso il richiedente*, che sono minori di 21 anni, sono nate da genitori non coniugati e/o per le quali non è stata accertata la paternità legale.
2. Selezionare (✓) "Sì" o "No" per indicare se si sta facendo domanda di ricertificazione per persone, *compreso il richiedente*, che sono minori di 21 anni e hanno almeno un genitore che vive fuori casa.

Se è stato selezionato (✓) "No" per entrambe queste domande si può passare alla Sezione 12. Non occorre compilare il resto della Sezione 11. Se è stato selezionato (✓) "Sì" per una o entrambe queste domande si deve compilare il resto della Sezione 11.

3. Selezionare (✓) "Sì" o "No" per indicare se si è minori di 21 anni.

NOME DI PERSONA MINORE DI 21 ANNI: Scrivere il nome, l'iniziale del secondo nome, il cognome di tutte le persone per le quali si è risposto "Sì" alle Domande 1, 2 e/o 3.

NOME E INDIRIZZO, DATA DI NASCITA E NUMERO DI PREVIDENZA SOCIALE DEL GENITORE NON AFFIDATARIO, PRESUNTO O INTENZIONALE: Se conosciuto, scrivere il nome, l'iniziale del secondo nome e il cognome, l'indirizzo, la data di nascita e il numero di previdenza sociale del genitore non affidatario, presunto o intenzionale di tutte le persone per le quali si è risposto (✓) "Sì" alle Domande 1, 2 e/o 3. Con "genitore non affidatario" si intende il genitore genetico/biologico, il genitore legale, il genitore acquisito o adottivo di qualsiasi minore nel caso in cui tale genitore sia dichiarato assente dal nucleo familiare del minore. Per quanto riguarda un minore in affidato, con "genitore non affidatario" o "genitore non convivente" si intende anche un genitore genetico/biologico, un genitore legale, un genitore acquisito o un genitore adottivo di qualsiasi minore, se tale genitore era presente nel nucleo familiare del minore quando quest'ultimo è entrato in affidato. Il "genitore presunto" è una persona che potrebbe essere il genitore genetico/biologico del minore, ma per la quale accertata la paternità legale. Il "genitore intenzionale" è una persona che intende essere legalmente vincolata in qualità di genitore di un bambino nato da procreazione assistita. Il genitore intenzionale può essere sposato con il genitore biologico.

PAGINA 6 DEL MODULO DI DOMANDA DI RICERTIFICAZIONE

SEZIONE 12: DICHIARAZIONE DEI REDDITI/DI PERSONA A CARICO

Scrivere le informazioni seguenti relative a tutte le persone che compongono il nucleo familiare:

NOME, INIZIALE SECONDO NOME e COGNOME: Scrivere il nome, l'iniziale del secondo nome e il cognome di ciascuna persona che vive nel nucleo familiare.

POSIZIONE FISCALE: Selezionare (✓) la posizione fiscale di tutte le persone che compongono il nucleo familiare.

Indicare tutte le persone fiscalmente a carico non conviventi dichiarate dal richiedente o da altri componenti del nucleo familiare. Chi non presenta la dichiarazione dei redditi può non rispondere a queste domande.

NOME DELLA PERSONA FISCALMENTE A CARICO: Scrivere il nome, l'iniziale del secondo nome e il cognome di tutte le persone non conviventi, ma che sono dichiarate come persone fiscalmente a carico nella dichiarazione dei redditi del richiedente o di una persona convivente.

NOME DELLA PERSONA CHE PRESENTA LA DICHIARAZIONE DEI REDDITI: Per ogni persona fiscalmente a carico indicata, scrivere il nome, l'iniziale del secondo nome e il cognome del componente il nucleo familiare che la dichiara fiscalmente a carico.

SEZIONE 13: INFORMAZIONI SUL CONIUGE NON CONVIVENTE/DECEDUTO:

NOME DI CHI RICHIEDE LA RICERTIFICAZIONE: Scrivere il nome dei richiedenti la ricertificazione che sono/sono stati sposati, ma il cui coniuge non vive con loro o è deceduto.

NOME DEL CONIUGE: Scrivere il nome del coniuge, non convivente o deceduto, dei richiedenti la ricertificazione che sono/sono stati precedentemente sposati.

DATA DI NASCITA DEL CONIUGE ed EVENTUALE DATA DI MORTE: Scrivere il mese, giorno e anno di nascita ed eventualmente di morte del coniuge, non convivente o deceduto, dei richiedenti la ricertificazione che sono/sono stati precedentemente sposati.

NUMERO DI PREVIDENZA SOCIALE DEL CONIUGE: Scrivere il numero di previdenza sociale del coniuge, non convivente o deceduto, dei richiedenti la ricertificazione che sono/sono stati precedentemente sposati.

EVENTUALE INDIRIZZO DEL CONIUGE: Scrivere l'indirizzo, la città, la contea, lo stato e il codice postale del coniuge non convivente dei richiedenti la ricertificazione che sono sposati. Se l'indirizzo è sconosciuto, scrivere l'ultimo indirizzo noto del coniuge.

SEZIONE 14: INFORMAZIONI SUI FIGLI NON CONVIVENTI

NOME DI CHI RICHIEDE LA RICERTIFICAZIONE: Scrivere il nome dei richiedenti la ricertificazione con figli minori di 21 anni che non vivono con loro.

NOMI e DATE DI NASCITA DEI FIGLI NON CONVIVENTI: Scrivere il nome e il mese, il giorno e l'anno di nascita dei figli minori di 21 anni che non vivono con chi richiede la ricertificazione.

INDIRIZZI DEI FIGLI: Scrivere gli indirizzi, città, contea, stato e codice postale dei figli in vita, minori di 21 anni, non conviventi con chi richiede la ricertificazione.

LA PATERNITÀ LEGALE È STATA ACCERTATA?: Selezionare (✓) "Sì" o "No" per indicare se la paternità legale per i minori di 21 anni non conviventi con chi richiede la ricertificazione.

PAGA IL MANTENIMENTO DEI FIGLI?: Selezionare (✓) "Sì" o "No" per indicare se alcuni richiedenti la ricertificazione pagano il mantenimento per i figli minori di 21 anni che non vivono con loro.

SEZIONE 15: INFORMAZIONI SUL GENITORE ADOLESCENTE

Compilare questa sezione solo se la domanda di ricertificazione riguarda le prestazioni di Assistenza pubblica.

NEL NUCLEO FAMILIARE È PRESENTE UN GENITORE MINORE DI 18 ANNI ("GENITORE ADOLESCENTE")?: Selezionare (✓) "Sì" o "No" per indicare se un richiedente la ricertificazione è un genitore minore di 18 anni.

NOME: Scrivere il nome del richiedente la ricertificazione che è un genitore minore di 18 anni.

IL FIGLIO DEL GENITORE ADOLESCENTE VIVE NEL NUCLEO FAMILIARE?: Selezionare (✓) "Sì" o "No" per indicare se il figlio di un richiedente la ricertificazione minore di 18 anni vive nel nucleo familiare.

NOME DEL FIGLIO DEL GENITORE ADOLESCENTE: Scrivere il nome del figlio del richiedente la ricertificazione minore di 18 anni.

PAGINE 7 E 8 DEL MODULO DI DOMANDA DI RICERTIFICAZIONE

SEZIONE 16: INFORMAZIONI SUL REDDITO

INDICARE SE LEI O ALTRE PERSONE CONVIVENTI RICEVETE DENARO e DA CHI: Selezionare (✓) “Sì” o “NO” per le righe da 1 a 27 per indicare se il richiedente o altre persone conviventi ricevono denaro da uno dei tipi di reddito elencati; per ogni risposta “Sì”, scrivere i nomi delle persone che ricevono il denaro.

IMPORTO/VALORE E FREQUENZA: Per ogni risposta “Sì”, scrivere la cifra in dollari (\$) o il valore e con quale frequenza questo tipo di reddito è ricevuto dalle singole persone. Ad esempio, se si ricevono 100 dollari alla settimana come sussidio di disoccupazione, scrivere “\$100 per week” (100\$ a settimana) o “\$100/wk” (100\$/sett.).

PRESTAZIONI PER REDDITO SUPPLEMENTARE DI PREVIDENZA (TOTALE STATALI E FEDERALI): Se il richiedente o altre persone conviventi ricevono prestazioni del Programma supplementare dello Stato di New York (State Supplement Program, SSP) in aggiunta a quelle per Reddito supplementare di previdenza (Supplemental Security Income, SSI), fare la somma di questi importi e riportarli nella colonna IMPORTO/VALORE E FREQUENZA per Prestazioni SSI alla riga 2. Se il richiedente o altre persone conviventi ricevono solo prestazioni SSP riportare l'importo nella colonna IMPORTO/VALORE E FREQUENZA per Prestazioni SSI alla riga 2.

PAGAMENTI PER IL MANTENIMENTO DI MINORI IN AFFIDO (RICEVUTI): Se il richiedente o altre persone conviventi ricevono pagamenti per il mantenimento di minori in affido, riportare l'importo nella colonna IMPORTO/VALORE E FREQUENZA per Pagamenti per il mantenimento di minori in affido alla riga 17. Se il richiedente la ricertificazione o altre persone conviventi ricevono pagamenti per il mantenimento di un minore in affido e stanno facendo domanda per prestazioni del Programma di assistenza supplementare per l'alimentazione (SNAP), è possibile scegliere tra due opzioni: Inserire il minore in affido e i pagamenti per il suo mantenimento nel nucleo familiare che riceve le prestazioni SNAP, oppure *non* inserire il minore in affido e i pagamenti per il suo mantenimento nel nucleo familiare che riceve le prestazioni SNAP. Chiedere al distretto competente quale scelta comporti un maggior numero di prestazioni SNAP.

PAGAMENTI PER IL MANTENIMENTO DEI FIGLI (RICEVUTI) Se il richiedente o altre persone conviventi ricevono pagamenti per il mantenimento dei figli, scrivere, alla riga 18, il nome di chi paga il mantenimento stesso, dopo la dicitura “Ricevuto da”.

REDDITO DI ALTRO TIPO: Descrivere altro reddito ricevuto dal richiedente o da altre persone conviventi, compreso il nome di chi riceve il denaro, l'importo ricevuto e la frequenza.

DETRAZIONI, RICHIEDENTE, IMPORTO/VALORE E FREQUENZA: Se si sta facendo domanda di ricertificazione per le prestazioni Medicaid selezionare (✓) “Sì” o “NO” per le righe da 1 a 15 per indicare se il richiedente o altre persone conviventi chiederanno le detrazioni delle imposte federali indicate nella dichiarazione dei redditi per l'anno in corso. Per ogni risposta “Sì” scrivere il nome del richiedente, l'importo o il valore e la frequenza delle spese che verranno portate in detrazione.

ALTRI ADEGUAMENTI: Descrivere altre detrazioni delle imposte federali che il richiedente o altre persone conviventi chiederanno nella dichiarazione dei redditi dell'anno in corso, compreso il nome di chi le chiederà, e l'importo o il valore e la frequenza delle spese che verranno dichiarate nella dichiarazione dei redditi.

SEZIONE 17: INFORMAZIONI SULLO SPONSOR DI UN GENITORE ACQUISITO/SOGGETTO PRIVO DI CITTADINANZA CON STATO DI IMMIGRAZIONE REGOLARE

IL GENITORE ACQUISITO DI MINORI CHE VIVONO CON LEI DISPONE DI RISORSE O RICEVE UN QUALSIASI TIPO DI REDDITO? INDICARE IL NOME: Selezionare (✓) “Sì” o “NO” per indicare se tutti coloro che stanno facendo domanda di ricertificazione, compreso il richiedente, hanno un genitore acquisito non convivente in possesso di risorse economiche o che riceve denaro da altre fonti. (Se il

genitore acquisito vive con il richiedente, riportare i dati sulle sue risorse/reddito nella Sezione 16, Informazioni sul reddito.) Se la risposta è “Sì” scrivere il nome del genitore acquisito.

QUALCUNO DEL SUO NUCLEO FAMILIARE È UN SOGGETTO PRIVO DI CITTADINANZA CON STATO DI IMMIGRAZIONE REGOLARE PER IL CUI INGRESSO NEGLI STATI UNITI ESISTE UNO SPONSOR? INDICARE IL NOME: Selezionare (✓) “Sì” o “NO” per indicare se il richiedente o altre persone del suo nucleo familiare sono soggetti privi di cittadinanza con stato di immigrazione regolare, il cui ingresso negli Stati Uniti è stato sponsorizzato da qualcuno. Se la risposta è “Sì” scrivere il nome di tali persone.

NOME, INDIRIZZO e NUMERO DI TELEFONO DELLO SPONSOR: Se la risposta è “Sì” scrivere il nome della persona che ha sponsorizzato l’ingresso negli Stati Uniti del richiedente o di altre persone componenti il nucleo familiare, l’indirizzo e il numero di telefono dello sponsor.

PAGINE 9 E 10 DEL MODULO DI DOMANDA DI RICERTIFICAZIONE

SEZIONE 18: INFORMAZIONI SULLA SITUAZIONE LAVORATIVA

Compilare la presente sezione per se stessi e per i conviventi. È possibile che, anche se occupato, il richiedente possa avere diritto all’assistenza. Ai fini della presente sezione, “età lavorativa” significa un’età minima di 18 anni, o un’età minima di 16 anni per chi non frequenta la scuola.

ALLO STATO ATTUALE SONO: Selezionare (✓) “dipendente”, “lavoratore autonomo” o “disoccupato” per indicare se si lavora o meno, ed eventualmente se si è lavoratori autonomi o dipendenti.

REDDITO LORDO: Scrivere l’importo percepito al lordo delle tasse su base settimanale, bisettimanale o mensile (non annuale), comprensivo di stipendi, salario, retribuzione per straordinari, commissioni e mance.

ORE MENSILI LAVORATE: Scrivere il numero eventuale di ore lavorate ogni mese.

PAGAMENTO: Selezionare (✓) “A settimana”, “Ogni due settimane” o “Al mese” per indicare la frequenza di pagamento, se applicabile.

GIORNO DI PAGAMENTO: Scrivere in quale giorno della settimana viene eventualmente effettuato il pagamento.

NOME, INDIRIZZO e NUMERO DI TELEFONO DEL DATORE DI LAVORO: Scrivere il nome, l’indirizzo e il numero di telefono del datore di lavoro, se applicabile. I lavoratori autonomi devono scrivere “autonomo” e il loro indirizzo lavorativo e numero di telefono.

QUALCUNO CHE VIVE CON LEI ATTUALMENTE È DIPENDENTE O LAVORATORE AUTONOMO? INDICARE IL NOME: Selezionare (✓) “dipendente” o “lavoratore autonomo” se chi vive con il richiedente lavora e scrivere il suo nome.

REDDITO LORDO, ORE MENSILI LAVORATE, GIORNO SETTIMANALE DI PAGAMENTO, NOME, INDIRIZZO E NUMERO DI TELEFONO DEL DATORE DI LAVORO: Compilare seguendo le suddette indicazioni per tutte le persone che vivono con il richiedente e lavorano.

IL SUO DATORE DI LAVORO LE OFFRE UNA COPERTURA SANITARIA?: Se si è lavoratori dipendenti, selezionare (✓) “Sì” o “No” per indicare se il datore di lavoro offre una copertura assicurativa sanitaria.

CHI VIVE CON LEI DISPONE DI UN COPERTURA SANITARIA OFFERTA DAL DATORE DI LAVORO? INDICARE IL NOME: Selezionare (✓) “Sì” o “No” per indicare se chi vive con il richiedente ha una copertura assicurativa sanitaria offerta dal datore di lavoro; se la risposta è “Sì” scrivere i nomi.

NOME DELLA COMPAGNIA ASSICURATRICE: Scrivere il nome della compagnia assicuratrice del richiedente e/o eventualmente della compagnia assicuratrice di chi vive con il richiedente.

LEI O ALTRE PERSONE CONVIVENTI SOSTENETE SPESE PER L'ASSISTENZA A BAMBINI O A PERSONE A CARICO PER VIA DEL VOSTRO IMPEGNO DI LAVORO? INDICARE IL NOME:

Selezionare (✓) "Sì" o "No" per indicare se il richiedente o altre persone conviventi sostengono spese per l'assistenza a bambini o a persone a carico (es., un genitore anziano) per via del loro impegno di lavoro; quindi scrivere il nome della persona che sostiene queste spese.

LEI O ALTRE PERSONE CONVIVENTI SOSTENETE ALTRE SPESE PER VIA DEL VOSTRO IMPEGNO DI LAVORO? INDICARE IL NOME:

Selezionare (✓) "Sì" o "No" per indicare se il richiedente o altre persone conviventi sostengono spese per via del loro impegno di lavoro (es., spese di trasporto, per abiti da lavoro); se la risposta è "Sì" scrivere i nomi.

SE È IN DISOCCUPAZIONE, QUAL È STATA L'ULTIMA VOLTA CHE LEI O ALTRE PERSONE CONVIVENTI AVETE LAVORATO? INDICARE I NOMI, LE DATE E IL LUOGO DI LAVORO:

Se il richiedente o altre persone conviventi, in età lavorativa, sono disoccupati, scrivere nomi, le date dell'ultimo lavoro e presso chi hanno lavorato l'ultima volta.

PERCHÉ LEI (O ALTRE PERSONE) AVETE SMESSO DI LAVORARE?: Scrivere i motivi per cui il richiedente o altre persone conviventi e in età lavorativa non lavorano.

LEI O ALTRE PERSONE CONVIVENTI AVETE CHIESTO IL SUSSIDIO DI DISOCCUPAZIONE?

INDICARE NOME, DATA E STATO DELLA DOMANDA: Se il richiedente o altre persone conviventi e in età lavorativa non stanno lavorando, selezionare (✓) "Sì" o "No" per indicare se hanno fatto domanda per il sussidio di disoccupazione. Se la risposta è "Sì" scrivere i nomi degli interessati, quando è stata presentata la domanda per il sussidio di disoccupazione e qual è lo stato della domanda.

LEI O ALTRE PERSONE CONVIVENTI STATE PARTECIPANDO A UNO SCIOPERO? INDICARE IL

NOME: Selezionare (✓) "Sì" o "No" per indicare se il richiedente o altre persone conviventi sono in sciopero (es., hanno sospeso il lavoro come protesta contro una decisione o una presa di posizione del datore di lavoro); se la risposta è "Sì" scrivere i nomi degli interessati.

DATA DI INIZIO DELLO SCIOPERO: Se il richiedente o le persone conviventi sono in sciopero, scrivere la data in cui è cominciato lo sciopero.

LEI O ALTRE PERSONE CONVIVENTI SIETE MIGRANTI O LAVORATORI AGRICOLI STAGIONALI?

INDICARE IL NOME: Selezionare (✓) "Sì" o "No" per indicare se il richiedente o altre persone conviventi si spostano in diverse aziende agricole per lavorare o se lavorano in un'unica azienda solo durante la stagione agricola; se la risposta è "Sì" scrivere i nomi degli interessati.

LEI O ALTRE PERSONE ADULTE CONVIVENTI AVETE UN PROBLEMA DI SALUTE CHE LIMITA LA VOSTRA CAPACITÀ LAVORATIVA O IL TIPO DI LAVORO CHE POTETE SVOLGERE? INDICARE IL

NOME: Selezionare (✓) "Sì" o "No" per indicare se il richiedente o altre persone conviventi e in età lavorativa hanno un problema di salute che ne limita la capacità di lavorare a tempo pieno o lo svolgimento di alcuni tipi di lavoro; se la risposta è "Sì" scrivere i nomi degli interessati.

DI CHE TIPO DI LIMITAZIONE SI TRATTA?: Se il richiedente o altre persone conviventi e in età lavorativa hanno un problema di salute che ne limita la capacità di lavorare a tempo pieno o lo svolgimento di alcuni tipi di lavoro spiegare in che modo risentono di questa situazione.

POTREBBE ACCETTARE UN LAVORO OGGI STESSO? SE LA RISPOSTA È NO, PER QUALI

MOTIVI? Selezionare (✓) "Sì" o "No" per indicare se il richiedente potrebbe accettare un lavoro oggi, se fosse disponibile; se la risposta è "No" spiegare il perché.

CHE TIPO DI LAVORO VORREBBE SVOLGERE? Indicare il tipo di lavoro che il richiedente vorrebbe svolgere.

PAGINA 11 DEL MODULO DI DOMANDA DI RICERTIFICAZIONE

SEZIONE 19: ISTRUZIONE/FORMAZIONE

QUAL È IL MASSIMO LIVELLO DI ISTRUZIONE CHE HA COMPLETATO?: Selezionare (✓) la descrizione che meglio corrisponde al livello di istruzione del richiedente.

IN TAL CASO, QUAL È L'ULTIMA CLASSE COMPLETATA? Se non si è completata la scuola superiore, scrivere l'ultima classe completata.

QUALCUNO NEL SUO NUCLEO FAMILIARE HA CONSEGUITO UN DIPLOMA DI SCUOLA SUPERIORE, UN TITOLO EQUIPOLLENTE (GENERAL EQUIVALENCY DIPLOMA, GED), O SUPERATO IL TEST DI VALUTAZIONE DEL PERCORSO DI STUDI SECONDARI (TEST ASSESSING SECONDARY COMPLETION, TASC™), OPPURE HA CONSEGUITO UN LIVELLO DI ISTRUZIONE PIÙ ALTO? INDICARE IL NOME, IL DIPLOMA OTTENUTO e LA DATA DEL CONSEGUIMENTO: Selezionare (✓) "Sì" o "No" per indicare se qualche convivente del richiedente ha conseguito un diploma di scuola superiore, un titolo equipollente (GED), o superato il test di valutazione del percorso di studi secondari (TASC™), oppure ha conseguito un livello di istruzione più alto. Se la risposta "Sì" scrivere il nome della persona interessata, il diploma ottenuto e la data del conseguimento.

Rispondere alle seguenti domande per se stessi e per le persone conviventi che stanno facendo domanda di ricertificazione per ricevere assistenza o la stanno già ricevendo.

PARTECIPATE O AVETE PARTECIPATO NEGLI ULTIMI 12 MESI A UN PROGRAMMA DI FORMAZIONE? INDICARE I NOMI, LA SEDE, IL NOME DEL PROGRAMMA, LE DATE DI FREQUENZA e LE DATE DI COMPLETAMENTO: Selezionare (✓) "Sì" o "No" per indicare se il richiedente o altre persone conviventi, che stanno facendo domanda di ricertificazione per ricevere assistenza o la stanno già ricevendo, hanno partecipato a un programma di formazione lavorativa e, se la risposta è "Sì", scrivere il nome della persona interessata, la sede presso la quale ha partecipato al programma di formazione, il nome e la tipologia del programma, le date di frequenza e di completamento.

QUALCUNO HA ALMENO 16 ANNI E STA FREQUENTANDO LA SCUOLA O IL COLLEGE? INDICARE I NOMI e DI CHE SCUOLA/COLLEGE SI TRATTA: Selezionare (✓) "Sì" o "No" per indicare se il richiedente o altre persone conviventi, che stanno facendo domanda di ricertificazione per ricevere assistenza o la stanno già ricevendo, hanno *almeno 16 anni* e frequentano la scuola o il college: se la risposta è "Sì" scrivere il nome dell'interessato e la scuola o il college frequentati.

QUALCUNO STA RICEVENDO UN'INDENNITÀ PER LA FORMAZIONE? INDICARE IL NOME E L'IMPORTO: Selezionare (✓) "Sì" o "No" per indicare se lei o altre persone conviventi che state facendo domanda di ricertificazione per avere assistenza o ne state già usufruendo state ricevendo un'indennità per la formazione. Se la risposta è "Sì" scrivere il nome delle persone in questione e l'importo in denaro che ricevono.

QUALCUNO STA RICEVENDO BORSE DI STUDIO O PRESTITI PER STUDENTI? INDICARE IL NOME E L'IMPORTO: Selezionare (✓) "Sì" o "No" per indicare se lei o altre persone conviventi che state facendo domanda di ricertificazione per avere assistenza o ne state già usufruendo state ricevendo borse di studio o prestiti per studenti. Se la risposta è "Sì" scrivere il nome delle persone in questione e l'importo in denaro che ricevono.

QUALCUNO HA MENO DI 16 ANNI E STA FREQUENTANDO LA SCUOLA? INDICARE I NOMI e DI QUALE SCUOLA SI TRATTA: Selezionare (✓) "Sì" o "No" per indicare se il richiedente o altre persone conviventi, che stanno facendo domanda di ricertificazione per ricevere assistenza o la stanno già ricevendo, hanno almeno 16 anni: se la risposta è "Sì" scrivere i nomi dell'interessato e di quale scuola si tratta.

PAGINA 12 DEL MODULO DI DOMANDA DI RICERTIFICAZIONE

SEZIONE 20: INFORMAZIONI SULLE RISORSE

Se si richiede la ricertificazione per le sole prestazioni del Programma di assistenza supplementare per l'alimentazione, non occorre indicare se si possiede un'assicurazione sulla vita.

INDICARE SE LEI O ALTRE PERSONE CONVIVENTI CHE STANNO FACENDO DOMANDA DI RICERTIFICAZIONE: Per le righe da 1 a 23, selezionare (✓) "Sì" o "NO" per indicare se il richiedente o altre persone conviventi, che stanno facendo domanda di ricertificazione, dispongono di alcune delle risorse finanziarie in elenco.

NOME: Per ogni risposta "Sì", scrivere i nomi delle persone con disponibilità di risorse.

SE SÌ, IMPORTO/VALORE: Per ogni risposta "Sì", scrivere l'importo in dollari (\$) o il valore della risorsa. Assicurarsi di elencare tutte le partecipazioni congiunte (risorse appartenenti a due o più persone, come i conti bancari congiunti). Chiunque faccia domanda di ricertificazione per prestazioni di Assistenza pubblica o Medicaid deve indicare le risorse di tutti i parenti legalmente responsabili. Si tratta delle persone che sono obbligate dalla legge a mantenere economicamente lei o chiunque stia facendo domanda di ricertificazione, ad esempio il coniuge o, per i minori di 21 anni, i genitori o i genitori acquisiti conviventi.

SIETE PROPRIETARI O INTESTATARI DI VEICOLI A MOTORE O DI ALTRO TIPO? INDICARE ANNO, MARCA/MODELLO e ALTRO: Se il nome del richiedente o quello di altri conviventi che stanno facendo domanda di ricertificazione compare sul documento di proprietà di un'automobile o di un altro veicolo, scrivere alla riga 6 l'anno, la marca, il modello di ciascun veicolo. Per "Altro" alla riga 6 indicare risorse quali camper, motoslitte e imbarcazioni.

AVETE ALTRE RISORSE DIVERSE DA QUELLE INDICATE: È molto importante comunicare immediatamente al distretto competente se il richiedente riceve o attende di ricevere un pagamento una tantum. Sono pagamenti una tantum i risarcimenti assicurativi, le eredità o le somme liquidate in sentenza e le vincite alle lotterie. Vedere LDSS- 4148A, "Libro 1: Che cosa si deve sapere sui diritti e i doveri" per ulteriori informazioni sui pagamenti una tantum.

QUALCUNO HA MAI CREATO UN TRUST IN PASSATO O TRASFERITO DEI BENI IN UN TRUST NEGLI ULTIMI 60 MESI? Se il richiedente o il coniuge hanno trasferito o alienato dei beni nei 36 mesi (60 se il trasferimento è in un trust) precedenti il primo giorno del mese in cui ricevono le prestazioni di una struttura sanitaria e hanno fatto domanda per le prestazioni Medicaid, potrebbero non avere diritto a ricevere dette prestazioni presso una casa di riposo o a domicilio e di comunità ai sensi del programma Medicaid.

Se, negli ultimi cinque anni, il richiedente o il coniuge o altre persone che stanno facendo domanda (anche nel caso in cui il coniuge non stia facendo domanda o non sia un componente del nucleo familiare) hanno creato un trust o trasferito del denaro in un trust, scrivere alla riga 23 la data di creazione del trust e quella di trasferimento del denaro.

PAGINE DA 13 A 15 DEL MODULO DI DOMANDA DI RICERTIFICAZIONE

SEZIONE 21: INFORMAZIONI MEDICHE

LEI O ALTRE PERSONE CONVIVENTI STATE FACENDO DOMANDA DI RICERTIFICAZIONE? SE LA RISPOSTA È "SÌ" INDICARE I NOMI: Selezionare (✓) "Sì" o "NO" per indicare se alcune delle situazioni elencate trovano applicazione al richiedente o ad altre persone conviventi che stanno facendo domanda di ricertificazione per ricevere l'assistenza; se la risposta è "Sì" scrivere il nome della persona interessata. Accertarsi di elencare tutte le assicurazioni – mediche e per ricoveri ospedalieri o infortuni – sottoscritte o disponibili per chiunque stia facendo domanda di ricertificazione.

AVETE PARCELLE MEDICHE PAGATE O NON PAGATE NEI 3 MESI PRECEDENTI IL MESE DELLA

PRESENTE DOMANDA DI RICERTIFICAZIONE? Medicaid potrebbe essere in grado di pagare le fatture mediche per l'assistenza ricevuta dal richiedente nei tre mesi precedenti il mese in cui ha presentato la domanda di assistenza. Se tali fatture sono state già pagate, potremmo essere in grado di rimborsare le somme qualora riuscissimo a determinare che in quel momento avrebbe avuto diritto a usufruire del programma Medicaid. Potremmo essere in grado di pagare anche nel caso in cui un medico o altro operatore sanitario non accettasse Medicaid; tuttavia possiamo solo pagare l'importo che sarebbe stato pagato da Medicaid e solo se le fatture riguardavano servizi che sarebbero stati coperti da Medicaid.

GRAVIDANZA: Se la richiedente o altra persona convivente che sta facendo domanda di ricertificazione sono in stato di gravidanza scrivere alla riga 14 la data presunta del parto e il numero di nascite previste.

SCelta DEL PIANO SANITARIO: Compilare la presente sezione per tutti coloro che stanno facendo domanda di ricertificazione per le prestazioni Medicaid. Alla maggior parte delle persone iscritte a Medicaid viene richiesto di partecipare a un piano sanitario di cure convenzionate, tranne il caso in cui si rientri in una categoria esente. Utilizzare questa sezione per scegliere un piano sanitario. Se non si conoscono i piani sanitari disponibili, chiedere a un operatore o chiamare la linea telefonica di assistenza per la scelta delle cure convenzionate di Medicaid (Managed Care Medicaid Choice Help Line) al numero 1-800-505-5678.

NOME DEL PIANO PER IL QUALE SI RICHIEDE L'ISCRIZIONE: Scrivere il nome dei piani sanitari ai quali desiderano iscriversi coloro che stanno facendo domanda di ricertificazione per le prestazioni Medicaid. Se non si conoscono i piani sanitari disponibili rivolgersi al distretto competente.

COGNOME e NOME: Scrivere il cognome e il nome di ogni persona che sta facendo domanda di ricertificazione per le prestazioni Medicaid.

DATA DI NASCITA: Scrivere in formato a due cifre il mese, il giorno e l'anno della data di nascita di ogni persona che sta facendo domanda di ricertificazione per le prestazioni Medicaid.

SESSO: Scrivere "M" per maschio, "F" per femmina o "X" per non-binario o altra identità per indicare il sesso di ogni persona che sta facendo domanda di ricertificazione per le prestazioni Medicaid.

NUMERO ID (DELLA TESSERA MEDICAID, EVENTUALE): Per fare domanda di ricertificazione per le prestazioni Medicaid scrivere qui il numero identificativo della tessera Medicaid.

NUMERO DI PREVIDENZA SOCIALE: Scrivere il numero di previdenza sociale di ogni persona che sta facendo domanda di ricertificazione per le prestazioni Medicaid.

MEDICO DI FIDUCIA (PCP) O CENTRO MEDICO (SELEZIONARE LA CASELLA SE SI TRATTA DI QUELLO ATTUALE): Scrivere il nome del medico di fiducia (es., medico di medicina generale o di famiglia) o del centro medico ai quali le persone che stanno facendo domanda di ricertificazione per le prestazioni Medicaid desiderano rivolgersi. Se si tratta del medico o del centro medico al quale già si rivolgono i richiedenti, selezionare la casella (✓). Prima di ricevere le cure mediche, è necessario assicurarsi che l'operatore sanitario o il centro medico accettino Medicaid.

NOME E NUMERO DI IDENTIFICAZIONE DEL MEDICO OSTETRICO/GINECOLOGO (SELEZIONARE LA CASELLA SE SI TRATTA DEL MEDICO ATTUALE): Se chi fa domanda di ricertificazione per prestazioni Medicaid necessita di cure e prestazioni ostetrico-ginecologiche, scrivere il nome del medico ostetrico/ginecologo al quale desidera rivolgersi. Se la richiedente ha già un ostetrico/ginecologo selezionare la casella (✓). Prima di ricevere le cure mediche, è necessario assicurarsi che l'operatore sanitario o il centro medico accettino Medicaid.

Prima di ricevere le cure mediche, è necessario assicurarsi che qualsiasi medico o centro medico prescelto accettino Medicaid.

SEZIONE 22: RESIDENZA TEMPORANEA

COME SI CHIAMA IL PADRONE DI CASA? INDICARE ANCHE INDIRIZZO E NUMERO DI TELEFONO: Se il richiedente è un locatario, scrivere il nome, l'indirizzo e il numero di telefono del padrone di casa.

LEI O ALTRE PERSONE CONVIVENTI STATE PAGANDO UN AFFITTO, UN MUTUO O ALTRE SPESE ABITATIVE?: Selezionare (✓) “Sì” o “NO” per indicare se il richiedente o altre persone conviventi pagano un affitto, un mutuo o altre spese abitative (es., vitto e alloggio); se la risposta è “Sì” scrivere l’importo pagato al mese. Se il richiedente sostiene un pagamento per il mutuo, indicare anche l’importo delle tasse di proprietà e dell’assicurazione del padrone di casa (compresa l’assicurazione antincendio).

LEI O ALTRE PERSONE CONVIVENTI RICEVETE LA BOLLETTA PER IL RISCALDAMENTO IN MODO SEPARATO DAL CANONE DI AFFITTO O DA ALTRE SPESE ABITATIVE?: Selezionare (✓) “Sì” o “NO” per indicare se il richiedente o altre persone conviventi pagano le spese di riscaldamento in modo separato dal canone di affitto, dalla rata del mutuo o dalle altre spese abitative; se la risposta è “Sì” scrivere l’importo pagato al mese.

LEI O ALTRE PERSONE CONVIVENTI SOSTENETE LE SEGUENTI SPESE IN MODO SEPARATO DAL CANONE DI AFFITTO O DA ALTRE SPESE ABITATIVE?: Per le righe da 1 a 8, selezionare (✓) “Sì” o “NO” per indicare se il richiedente o altre persone conviventi pagano le spese elencate in modo separato dal canone di affitto, dalla rata del mutuo o da altre spese abitative; se la risposta è “Sì” scrivere l’importo pagato al mese. Per le domande alle righe da 9 a 11, selezionare (✓) “Sì” o “NO” per indicare se il richiedente o altre persone conviventi che stanno facendo domanda di ricertificazione vivono in queste residenze temporanee.

SEZIONE 23: ALTRE SPESE

INDICHI LE SPESE SOSTENUTE DA LEI O DA ALTRE PERSONE CONVIVENTI CHE STANNO FACENDO DOMANDA DI RICERTIFICAZIONE e L’EVENTUALE IMPORTO: Selezionare (✓) “Sì” o “NO” per indicare, alle righe da 1 a 5, se il richiedente o altri conviventi che stanno facendo domanda di ricertificazione sostengono le spese elencate. Alla riga 6 specificare eventuale spese non riportate in elenco. Per ogni risposta “Sì” scrivere l’importo del pagamento o delle spese e la frequenza con cui sono state pagate (es., 100\$ a settimana o 100\$/sett.).

LEI O ALTRE PERSONE CONVIVENTI CHE STANNO FACENDO DOMANDA DI RICERTIFICAZIONE DOVETE PAGARE ALMENO QUATTRO MESI DI MANTENIMENTO PER UN FIGLIO MINORE DI 21 ANNI? Selezionare (✓) “Sì” o “NO” per indicare se il richiedente o altre persone conviventi che stanno facendo domanda di ricertificazione devono pagare almeno quattro mesi di mantenimento per i figli.

PAGINA 16 DEL MODULO DI DOMANDA DI RICERTIFICAZIONE

SEZIONE 24: ALTRE INFORMAZIONI

LEI ACQUISTA O PENSA DI ACQUISTARE DEI PASTI DAL SERVIZIO DI CONSEGNA DOMICILIARE O DA UN SERVIZIO DI RISTORAZIONE COMUNITARIA? Selezionare (✓) “Sì” o “NO” per indicare se il richiedente o altre persone che stanno facendo domanda di ricertificazione attualmente acquistano o hanno in programma di acquistare pasti da servizi di consegna domiciliare (es., Meals on Wheels) o di ristorazione comunitaria (es., la mensa della struttura in cui vivono).

LEI È IN GRADO DI CUCINARE O PREPARARE PASTI A CASA? Selezionare (✓) “Sì” o “NO” per indicare se l’abitazione del richiedente prevede un locale in cui si possa cucinare.

Ai fini delle domande alle righe da 10 a 12, la dicitura “Forze armate USA” significa:

- Esercito USA
- Marina USA
- Guardia costiera USA
- Corpo dei Marine USA
- Aeronautica militare USA
- Marina mercantile USA durante la Seconda guerra mondiale

LEI O ALTRE PERSONE DEL SUO NUCLEO FAMILIARE AVETE MAI FATTO PARTE DELLE FORZE ARMATE USA? INDICARE IL NOME: Selezionare (✓) “YES” or “NO” per indicare se il richiedente o altre persone conviventi hanno mai fatto parte dei corpi militari elencati sopra; se la risposta è “Sì” scrivere i nomi delle persone interessate.

IL SUO CONIUGE HA MAI FATTO PARTE DELLE FORZE ARMATE USA? Selezionare (✓) “Sì” o “NO” per indicare se il coniuge del richiedente ha mai fatto parte dei corpi militari elencati sopra.

NEL SUO NUCLEO FAMILIARE CI SONO PERSONE A CARICO DI QUALCUNO CHE FA PARTE ATTUALMENTE O HA FATTO PARTE DELLE FORZE ARMATE USA? INDICARE IL NOME: Selezionare (✓) “Sì” o “NO” per indicare se il richiedente o altre persone conviventi sono economicamente a carico di qualcuno che attualmente fa parte o ha fatto dei corpi militari elencati sopra; se la risposta è “Sì” scrivere i nomi delle persone interessate.

LEI O ALTRE PERSONE CONVIVENTI STATE FACENDO DOMANDA DI RICERTIFICAZIONE? INDICARE I NOMI: Selezionare (✓) “Sì” o “NO” per indicare se alcune delle situazioni descritte nelle successive nove domande trovano applicazione al richiedente o ad altre persone conviventi; se la risposta è “Sì” scrivere il nome delle persone interessate alle singole situazioni. Per chiarimenti rivolgersi al distretto competente. Tenere presente che la legge dello Stato di New York prevede una sanzione pecuniaria o una pena carceraria o entrambe nel caso in cui una persona venga ritenuta colpevole di aver ottenuto prestazioni di Assistenza pubblica, Medicaid, SNAP, di Assistenza all’infanzia o dei Servizi, nascondendo dei fatti o non dicendo la verità.

STATO DI TRASFERIMENTO DI PROPRIETÀ: Selezionare (✓) la casella “Ho” o “Non ho” per indicare se il richiedente o altre persone che stanno facendo domanda di ricertificazione hanno venduto, trasferito o alienato proprietà per poter beneficiare delle prestazioni di Assistenza pubblica o SNAP. Tenere presente che la legge dello Stato di New York prevede una sanzione pecuniaria o una pena carceraria o entrambe nel caso in cui una persona venga ritenuta colpevole di aver ottenuto prestazioni di Assistenza pubblica, Medicaid, SNAP, di Assistenza all’infanzia o dei Servizi, nascondendo dei fatti o non dicendo la verità.

PAGINE DA 17 A 23 DEL MODULO DI DOMANDA DI RICERTIFICAZIONE

COMUNICAZIONI, CESSIONI, AUTORIZZAZIONI E CONSENSI

Il richiedente deve leggere con attenzione TUTTE le informazioni contenute nella presente sezione o deve chiedere a qualcuno di leggerglielie. La presente sezione contiene informazioni importanti sui suoi diritti e doveri in relazione alla ricezione dell’assistenza; contiene altresì informazioni importanti sulle sanzioni nelle quali potrebbe incorrere (es., una sanzione pecuniaria e/o una pena carceraria) nel caso in cui non assolvere alle sue responsabilità come previsto dalla presente sezione. Firmando e presentando un modulo di domanda di ricertificazione, il richiedente dichiara di comprendere e accettare le dichiarazioni contenute nella presente sezione.

RAPPRESENTANTE AUTORIZZATO DEL PROGRAMMA DI ASSISTENZA SUPPLEMENTARE PER L’ALIMENTAZIONE: Se il richiedente desidera che qualcuno faccia domanda di ricertificazione per le prestazioni del Programma di assistenza supplementare per l’alimentazione (SNAP) al suo posto, e/o desidera che altre persone, non conviventi, ricevano per suo conto le prestazioni SNAP e/o le utilizzino per acquistare cibo per il richiedente stesso, deve scrivere il nome, l’indirizzo e il numero di telefono della persona interessata nella casella. Questa persona è il “Rappresentante autorizzato” del richiedente. Il Rappresentante autorizzato deve firmare e mettere la data nella sezione riservata alla firma alla fine del modulo di domanda di ricertificazione. Se il nucleo familiare del richiedente non vive in un istituto, anche un componente dello stesso nucleo familiare deve firmare e mettere la data alla fine del modulo di domanda di ricertificazione, a meno che il nucleo familiare abbia diversamente designato per iscritto il Rappresentante autorizzato a occuparsene.

DIVULGAZIONE DI INFORMAZIONI MEDICHE: Selezionare (✓) la casella “Non divulgare informazioni su HIV/AIDS”, “Non divulgare informazioni relative alla salute mentale” e/o “Non divulgare informazioni relative a droga e alcol” se non si accetta la divulgazione, ai sensi di legge, di queste informazioni mediche sul richiedente e/o su suoi familiari che stanno facendo domanda di ricertificazione.

SEZIONE FIRMA: Il richiedente deve leggere attentamente questa sezione o chiedere a qualcuna di leggergliela. La legge dello Stato di New York prevede una multa o una pena carceraria o entrambe qualora una persona sia ritenuta colpevole di aver ottenuto le prestazioni dell'Assistenza pubblica, di Medicaid, del Programma di assistenza supplementare per l'alimentazione, dell'Assistenza all'infanzia o dei Servizi, nascondendo dei fatti o non dicendo la verità. **Firmando e presentando un modulo di domanda di ricertificazione, il richiedente dichiara di comprendere e accettare le dichiarazioni contenute nella presente sezione, e che tutte le informazioni che ha fornito nella presente domanda di ricertificazione o che fornirà in futuro al distretto sono complete e veritiere, per quanto a sua conoscenza.**

FIRMA DEL RICHIEDENTE e DATA DELLA FIRMA: Apporre la firma e la data in cui la domanda di ricertificazione è stata firmata dal richiedente, a meno che nella domanda non sia stato designato un Rappresentante autorizzato per il Programma di assistenza supplementare per l'alimentazione (SNAP) e che il richiedente non viva in un istituto; in questo caso il Rappresentante autorizzato può firmare e datare la domanda di ricertificazione. Se il richiedente non risiede in un istituto, entrambi, il Rappresentante e il richiedente stesso, devono dovete firmare e datare la domanda di ricertificazione, a meno che il richiedente abbia previamente designato in forma scritta un Rappresentante autorizzato a farlo ai fini delle prestazioni SNAP. Se il richiedente ha compilato la domanda di ricertificazione per qualcun altro, deve firmare con il *suo* nome, non con il nome della persona per cui ha presentato domanda, e scrivere la data in cui ha firmato.

FIRMA DEL CONIUGE O DEL TUTORE e DATA DELLA FIRMA: Se il richiedente è coniugato e fa domanda di ricertificazione per le prestazioni di Assistenza pubblica, Medicaid, Assistenza all'infanzia o Servizi, il coniuge deve firmare e datare la domanda stessa. Se il richiedente è coniugato e fa domanda di ricertificazione per le sole prestazioni del Programma di assistenza supplementare per l'alimentazione, la domanda deve essere firmata e datata solo da un coniuge. Se al richiedente è stato assegnato un tutore, la domanda di ricertificazione deve essere firmata e datata da quest'ultimo.

FIRMA DEL RAPPRESENTANTE AUTORIZZATO e DATA DELLA FIRMA: Se nella domanda di ricertificazione il richiedente ha designato un Rappresentante autorizzato ai fini delle prestazioni SNAP, quest'ultimo deve firmare e datare la domanda stessa.

RICHIEDO CHE LA MIA PRATICA VENGA CHIUSA PER QUANTO RIGUARDA LE SEGUENTI PRESTAZIONI: Non selezionare nessuna di queste caselle, né firmare, né datare la presente sezione, se si desidera presentare una domanda di ricertificazione. Compilare la presente sezione solo se si desidera *chiudere* la pratica in relazione a uno o più programmi. Per richiedere la chiusura di una pratica selezionare (✓) la casella vicina al programma, firmare e mettere la data dove indicato. Indicare una ragione valida a supporto della richiesta.

MODULO PER LA REGISTRAZIONE DEGLI ELETTORI: Le ultime due pagine della presente domanda di ricertificazione contengono un modulo per la registrazione degli elettori. L'utilizzo del modulo per registrarsi o per rifiutare di registrarsi non avrà effetti sulla decisione riguardante la domanda di ricertificazione per ricevere prestazioni o l'ammontare delle prestazioni assistenziali che potrebbero essere erogate. Se si desidera assistenza per la compilazione del modulo di registrazione degli elettori rivolgersi al distretto competente.

Scopi informativi

REQUISITI DI DOCUMENTAZIONE

Il seguente elenco dei criteri di idoneità e degli obblighi di documentazione ha uno scopo puramente informativo. Il distretto competente informerà gli interessati in merito ai criteri di idoneità che sarà necessario dimostrare. Potrebbe venire richiesto di fornire determinate prove in base ad altri criteri di idoneità non elencati sotto. Il richiedente potrebbe essere in grado di fornire documentazione non elencata sotto, per dimostrare questi requisiti di idoneità. Per chiarimenti sugli obblighi di documentazione rivolgersi al distretto competente.

			Criterio di idoneità	Per dimostrare questo criterio:
			☐ Numero di previdenza sociale (solo per Assistenza pubblica, prestazioni SNAP e Medicaid; non occorre fornire prova del proprio numero di previdenza sociale (Social Security Number, SSN) a meno che il numero fornito non corrisponda con i dati dell'Amministrazione della previdenza sociale (Social Security Administration, SSA) o non possa essere verificato dall'agenzia).	Tessera di previdenza sociale Corrispondenza ufficiale dalla SSA Il numero di previdenza sociale non è richiesto ai non-cittadini che richiedono prestazioni Medicaid solo per trattamenti d'emergenza o sono donne in stato di gravidanza che richiedono le sole prestazioni Medicaid.
			☐ Cittadinanza o stato attuale di soggetto privo di cittadinanza – I cittadini statunitensi hanno diritto alle prestazioni di Assistenza pubblica, SNAP e Medicaid. I soggetti privi di cittadinanza devono avere uno stato di immigrazione regolare per avere diritto alle prestazioni di Assistenza pubblica, SNAP o Medicaid. Lo stato di immigrazione non è un criterio di idoneità per le donne in stato di gravidanza o per i bambini migranti che fanno richiesta di Child Health Plus B. Gli immigrati irregolari e i non-immigrati temporanei hanno diritto al solo trattamento di patologie mediche d'emergenza.	Certificato di nascita Certificato di battesimo Cartelle cliniche Passaporto USA Fogli matricolari Certificato di naturalizzazione Documentazione USCIS Prova di residenza continuativa negli Stati Uniti da prima del 1° gennaio 1972.
Criterio di idoneità	Per dimostrare questo criterio fornire:	✓ ↓ DUE dei seguenti documenti		
☐ Identità Il richiedente deve provare la propria identità.	✓ ↓ UNO dei seguenti documenti O	(Se si sta facendo domanda solo per prestazioni SNAP o per Medicaid, è necessario portare solo un modulo per ciascun criterio di idoneità selezionato).		
☐ Identità Il richiedente deve provare la propria identità.	Documento di identità con foto Patente di guida Passaporto USA Certificato di naturalizzazione Cartelle cliniche/referti medici Documentazione di adozione	Dichiarazione di un'altra persona Numero di previdenza sociale convalidato Certificato di nascita/battesimo		
☐ Stato civile Il richiedente deve fornire prova di essere coniugato, divorziato, separato o vedovo.	Certificato di matrimonio/decesso Accordo di separazione Sentenza di divorzio Documenti di previdenza sociale Documenti Affari dei veterani (VA)	Dichiarazione di un rappresentante del clero Certificati del censimento Avviso sul giornale Dichiarazione di un'altra persona		
☐ Residenza Il richiedente deve dimostrare dove vive.	Dichiarazione del padrone di casa Ultima ricevuta dell'affitto o contratto di locazione in essere Certificazioni di mutuo	Dichiarazione di un'altra persona Indirizzo postale attuale Registri scolastici		
☐ Composizione del nucleo familiare Il richiedente deve dimostrare chi vive con lui.	Dichiarazione del padrone di casa (che non abbia legami di parentela) Certificazioni scolastiche	Dichiarazione di altre persone		
☐ Età È necessario dimostrare l'età di ogni persona che presenta domanda di assistenza, se necessario.	Certificato di nascita Certificato di battesimo Cartelle cliniche Registri di adozione Certificato di naturalizzazione Patente di guida	Polizza assicurativa Certificati del censimento Certificazioni scolastiche Dichiarazione di un'altra persona Dichiarazione del medico Corrispondenza ufficiale dalla SSA		
☐ Genitore non convivente Se il genitore di un bambino che vive a casa sua non abita con il richiedente, quest'ultimo è tenuto a darne prova.	Certificato di morte Prestazioni per i superstiti Cartelle cliniche Documenti militari o VA Documenti di divorzio Certificato di nuovo matrimonio	Avviso sul giornale Documenti della compagnia di assicurazione Documenti istituzionali Documentazione dell'agenzia di onoranze funebri e ricevute di pagamento Dichiarazione di un'altra persona		
☐ Informazioni sul genitore non convivente Il richiedente deve fornire qualsiasi informazione di cui è in possesso: nome, indirizzo, numero di previdenza sociale, data di nascita, situazione lavorativa	Certificazioni retributive Dichiarazioni dei redditi Documenti di previdenza sociale o VA Richieste di rivalutazione salariale Carta di identità (assicurazione sanitaria) Patente di guida o certificato di proprietà			
			☐ Reddito da lavoro Da lavoro dipendente ☐ Da lavoro autonomo ☐ Da locazione o B&B	Matrici di paga attuali Buste paga Su carta intestata, importo paga all'ora; ore lavorate a settimana; data della prima paga, se nuova e telefono del datore di lavoro Contratto di lavoro Documentazione commerciale Documenti fiscali Documenti e materiale relativo riguardante i redditi e le spese da lavoro autonomo Ultima dichiarazione dei redditi Ultimo assegno contributi Dichiarazione coinquilino, pensionante, locatario Registri dell'imposta sul reddito
			☐ Reddito non da lavoro Mantenimento dei figli minorenni ☐ Indennità di disoccupazione (UIB) ☐ Prestazioni di previdenza sociale (compreso SSI) ☐ Sussidi per i veterani	Dichiarazione di un tribunale dei minori Dichiarazione della persona che paga il mantenimento Matrici di assegni Ultimo certificato di presa in carico Ultimo assegno di prestazioni Corrispondenza ufficiale con il Dipartimento del lavoro dello Stato di New York Ultimo certificato di presa in carico Assegno di prestazioni attuale Corrispondenza ufficiale dalla SSA Ultimo certificato di presa in carico Assegno di prestazioni attuale Corrispondenza ufficiale dagli Affari dei veterani (VA)

Criterio di idoneità	Per dimostrare questo criterio:	Criterio di idoneità	Per dimostrare questo criterio:
☐ Reddito non da lavoro (cont.)	Lettera di presa in carico Matrice di assegno	☐ Altro _____	
☐ Indennità per infortuni sul lavoro	Dichiarazione della scuola Dichiarazione della banca Lettera di presa in carico		
☐ Borse di studio e prestiti per studenti	Dichiarazione di una banca o cooperativa di credito Dichiarazione di un broker/agente	☐ Spese abitative Il richiedente deve fornire prova dei costi sostenuti per mantenere l'alloggio attuale (potrebbe dover fornire documentazione a parte per ogni voce di spesa). Per Medicaid non è necessaria nessuna documentazione delle spese abitative.	Ultima ricevuta di affitto Contratto di locazione in essere Certificazioni/pagamento rate mutuo Certificazioni imposte immobiliari e scolastiche Dichiarazione del padrone di casa Bolletta dell'acqua e servizi fognari Documenti dell'assicurazione del padrone di casa Bollette del riscaldamento Bolletta di utenze diverse dal riscaldamento Bollette del telefono
☐ Interessi/dividendi/royalty		☐ Parcelle mediche	Copie di parcelle mediche (pagate e non pagate)
☐ Pensione/rendita annua privata	Ultima lettera di presa in carico Ultimo assegno di prestazioni Corrispondenza ufficiale da fonte di reddito	☐ Assicurazione sanitaria Se il richiedente o altri persone che stanno facendo domanda hanno una copertura assicurativa sanitaria (anche se pagata da qualcun altro), il richiedente stesso deve fornire prova.	Polizza assicurativa Tessera assicurativa Dichiarazione dell'assicuratore Tessera Medicare
☐ Altro		☐ Disabile/Incapace/In stato di gravidanza Se chi vive con il richiedente è malato o in stato di gravidanza, il richiedente stesso deve fornire prova.	Dichiarazione del medico che verifica la gravidanza e la data presunta della nascita Dichiarazione di un medico Documenti comprovanti prestazioni SSA o SSI per disabilità o cecità
☐ Risorse	Dichiarazione del nucleo familiare Dichiarazione di una casa di riposo	☐ Fatture non pagate Affitto, utenze	Copia di tutte le bollette che dimostri l'importo dovuto, il periodo di erogazione del servizio e il fornitore
☐ Conti bancari: conto corrente, conto di risparmio, conto pensione (IRA e Keogh)	Documentazione bancaria più recente Documentazione cooperativa di credito più recente	☐ Rinvio per consulto Programma di trattamento per abuso di droghe/alcol	Dichiarazione di chi fornisce il trattamento Dichiarazione del servizio per l'impiego
☐ Azioni, obbligazioni, certificati	Certificato azionario Obbligazioni Dichiarazione di un'istituzione finanziaria	☐ Altre spese/ Spese per assistenza persone a carico Il richiedente deve fornire prova di pagamento delle spese di mantenimento, assistenza minori, rate dei mutui o servizi di assistenza sanitaria domiciliare o accompagnamento decretate da un'ordinanza del tribunale.	Ordinanza del tribunale Dichiarazione di un asilo nido o di altro fornitore di assistenza all'infanzia Dichiarazione di un assistente o accompagnatore Assegni o ricevute annullati
☐ Assicurazione sulla vita	Polizza assicurativa Dichiarazione di una compagnia assicuratrice	☐ Frequenza scolastica Il richiedente deve fornire prova di chi frequenta la scuola	Certificazioni scolastiche (ultima pagella) Dichiarazione di una scuola o un istituto di istruzione superiore
☐ Pagamento anticipato onoranze funebri (trust, deposito o contratto)	Documentazione bancaria Contratto con l'agenzia di onoranze funebri Contratto di affitto loculo Dichiarazione di un impresario di pompe funebri	☐ Altro:	
☐ Rimborso dell'imposta sul reddito o credito d'imposta sul reddito percepito (EITC)	Rimborso fiscale Dichiarazione di un'autorità fiscale		
☐ Proprietà immobiliare diversa dalla residenza	Atto Dichiarazione di un broker immobiliare Valutazione/stima del valore attuale da parte del broker		
☐ Veicolo a motore	Targa (vecchi modelli) Titolo di proprietà Valutazione attuale fatta dal concessionario Dati sul finanziamento del veicolo Dichiarazione ente pagatore		
☐ Pagamento una tantum			