

NON SCRIVERE NELLE CASELLE OMBREGGiate DEL PRESENTE MODULO DI DOMANDA

LDSS-2921 Statewide-IT (Rev. 07/23)

CENTER/ OFFICE	APPLICATION DATE	UNIT ID	WORKER ID	CASE TYPE	SERV. IND	CASE NUMBER	REGISTRY NUMBER	VERS	DISTRICT	SUFFIX	SNAP SUFFIX	CATEGORY	LANG	NUMBER REUSE INDICATOR	
CASE NAME						EFFECTIVE DATE	DISPOSITION ☐ DENIAL ☐ REASON CODE ☐ WITHDRAWAL		SERVICES TRANSACTION TYPE ☐ NEW OPENING ☐ REOPEN ☐ RECERTIFICATION						
ELIGIBILITY DETERMINED BY (WORKER):			DATE	ELIGIBILITY APPROVED BY (SUPERVISOR):			DATE	FORM _____ OF _____	SIGNATURE OF PERSON WHO OBTAINED ELIGIBILITY INFORMATION _____ DATE _____						
DATE RECEIVED BY AGENCY		EMPLOYED BY: ☐ SOCIAL SERVICES DISTRICT ☐ PROVIDER AGENCY SPECIFY: _____													
PA AUTHORIZATION PERIOD				MA AUTHORIZATION PERIOD				SNAP AUTHORIZATION PERIOD				SERVICES AUTHORIZATION PERIOD			
FROM		TO		FROM		TO		FROM		TO		FROM		TO	

DOMANDA PER DETERMINATE PRESTAZIONI E SERVIZI DELLO STATO DI NEW YORK

Le persone non vedenti o gravemente ipovedenti possono richiedere il presente modulo di domanda in un formato alternativo, facendone richiesta al distretto dei servizi sociali competente per zona. Per ulteriori informazioni sui tipi di formato disponibili e sulle modalità di richiesta di moduli di domanda in formati alternativi, consultare l'opuscolo con le istruzioni (PUB-1301 Statewide), disponibile su www.otda.ny.gov o su <https://www.health.ny.gov/>.

Le persone non vedenti o gravemente ipovedenti preferiscono ricevere le comunicazioni scritte in un formato alternativo? ☐ Sì ☐ No

Se sì, selezionare il tipo di formato preferito: ☐ Stampa a caratteri ingranditi ☐ CD dati
☐ CD audio ☐ Braille, se il richiedente dichiara che nessuno dei formati alternativi di cui sopra sarebbe altrettanto efficace

Se si necessita di un altro tipo di soluzione rivolgersi al distretto dei servizi sociali competente.

Ci impegniamo a fornirvi assistenza e supporto con professionalità e rispetto. Ogni volta che nella domanda 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". **Consultare l'opuscolo con le istruzioni (PUB-1301 Statewide) e "Che cosa si deve sapere", Libri 1, 2 e 3 (LDSS-4148A, LDSS-4148B, e LDSS-4148C) durante la compilazione del modulo di domanda e per eventuali chiarimenti rivolgersi al distretto competente.**

Quando nel modulo si incontra la sigla "MA", si intende "Medicaid". È possibile fare domanda per MA utilizzando il presente modulo solo se si fa anche domanda per l'Assistenza pubblica (Public Assistance, PA) o per il programma di Assistenza supplementare per l'alimentazione (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP). Se desidera fare domanda per le sole prestazioni MA può andare online sul sito <https://nystateofhealth.ny.gov/> e/o chiamare il numero 1-855-355-5777 per ulteriori informazioni o per presentare domanda, oppure può presentare domanda cartacea per le sole prestazioni MA, modulo DOH-4220, che le verrà fornito dall'operatore, oppure chiamare la linea telefonica di assistenza per le prestazioni MA al numero 1-800-541-2831. Se desidera presentare domanda 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 1 SELEZIONARE <i>TUTTI</i> I PROGRAMMI PER CUI IL RICHIEDENTE O ALTRI COMPONENTI DEL SUO NUCLEO FAMILIARE STANNO FACENDO DOMANDA				☐ Assistenza pubblica (PA) ☐ Assistenza all'infanzia in sostituzione della PA ☐ Programma di assistenza supplementare per l'alimentazione (SNAP) ☐ Medicaid (MA) e SNAP ☐ Medicaid (MA) e PA ☐ Servizi (S), compresi Affidò (FC) ☐ Assistenza all'infanzia (CC) ☐ Solo assistenza d'emergenza (EMRG)													
SEZIONE 2												SEZIONE 5 QUALI DELLE SEGUENTI CONDIZIONI TROVANO APPLICAZIONE ALLA SUA SITUAZIONE? ☐ Gravidanza 1 ☐ Violenza domestica 2 ☐ Necessità di determinare la paternità 3 ☐ Necessità di assistenza per minori 4 ☐ Problemi da abuso di stupefacenti/alcol 5 ☐ Interruzione delle forniture di combustibile o distacco delle utenze 6 ☐ Mancanza di soluzione abitativa/Senza fissa dimora 7 ☐ Incendio o altra calamità 8 ☐ Mancanza di reddito 9 ☐ Grave problema sanitario 10 ☐ In attesa di sfratto 11 ☐ Mancanza di cibo 12 ☐ Necessità di affidò 13 ☐ Necessità di assistenza per minori 14 ☐ Problemi con la lingua inglese 15 ☐ Soluzioni abitative ragionevoli 16 ☐ Altro 17					
QUAL È LA SUA LINGUA PRINCIPALE? ☐ INGLESE ☐ SPAGNOLO ☐ ALTRO (specificare) _____				DESIDERA RICEVERE LE COMUNICAZIONI IN: ☐ SOLO INGLESE ☐ INGLESE E SPAGNOLO													
SEZIONE 3 INFORMAZIONI SUL RICHIEDENTE SCRIVERE IN STAMPATELLO E IN MODO CHIARO																	
NOME		I.S.N.		COGNOME		STATO CIVILE		NUMERO DI TELEFONO () PREFIXO		NUMERO DI CELLULARE? ☐ SÌ ☐ NO							
INDIRIZZO DI RESIDENZA				N. APP.		CITTÀ		CONTEA		STATO		CODICE POSTALE					
PRESSO TERZI (DA COMPILARE SE SI RICEVE CORRISPONDENZA PER CONTO DI UN'ALTRA PERSONA)																	
INDIRIZZO POSTALE (SE DIVERSO DA QUELLO SOPRA INDICATO)				N. APP.		CITTÀ		CONTEA		STATO		CODICE POSTALE					
DA QUANTO TEMPO ABITA AL PRESENTE INDIRIZZO?		ANNI	MESI	SI TRATTA DI UNA RESIDENZA TEMPORANEA? ☐ SÌ ☐ NO		ALTRO TELEFONO A CUI È POSSIBILE CONTATTARLA		NUMERO DI TELEFONO () PREFIXO		INDIRIZZO EMAIL (FACOLTATIVO)							
INDICAZIONI RELATIVE ALL'INDIRIZZO ATTUALE																	
INDIRIZZO PRECEDENTE				N. APP.		CITTÀ		CONTEA		STATO		CODICE POSTALE					
SE ATTUALMENTE NON SI HA DISPONIBILITÀ DI UN'ABITAZIONE, SELEZIONARE QUI ☐																	
AGENZIA CHE AIUTA IL RICHIEDENTE/PERSONA DI CONTATTO										NUMERO DI TELEFONO () PREFIXO							
DESIDERA MANTENERE RISERVATA LA PRESENTE DOMANDA NELLA PARTE IN CUI SI RICHIEDE MEDICAID E L'EVENTUALE RICEVUTA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA PER MEDICAID? ☐ SÌ ☐ NO																	
SEZIONE 4 – Domanda per prestazioni SNAP: È possibile presentare la domanda lo stesso giorno in cui si riceve il relativo modulo. Per compilare una domanda per prestazioni SNAP deve avere a disposizione almeno il nome, l'indirizzo (se ne ha uno) e la firma alla fine del modulo. Lei deve completare tutta la procedura, che prevede anche la firma nell'ultima pagina del modulo di domanda e il colloquio. Se ritenuto idoneo, potrà ottenere le prestazioni SNAP a partire dalla data di presentazione della domanda. Entro 30 giorni dalla data in cui è stata presentato il modulo di domanda compilato e dal colloquio per le prestazioni SNAP, dovrà ricevere comunicazioni in merito all'approvazione o al rifiuto della domanda. Se il suo nucleo familiare non dispone di reddito o di liquidità, oppure se il canone d'affitto e le bollette delle utenze sono superiori al reddito o alle liquidità disponibili, potrebbe avere diritto a ricevere le prestazioni SNAP entro cinque giorni solari dalla data di presentazione della domanda. Se lei risiede in un istituto e sta presentando domanda sia di prestazioni per il Reddito supplementare di previdenza (Supplemental Security Income, SSI), sia di quelle SNAP prima di uscire dall'istituto stesso, la data di presentazione della domanda coinciderà con la data di uscita.																	
FIRMA DEL RICHIEDENTE DELLE PRESTAZIONI SNAP O DEL RAPPRESENTANTE x								DATA DELLA FIRMA									

Questa persona (compresi i figli minori) compra generi alimentari o prepara i pasti per il richiedente?

Numero di previdenza sociale dei componenti il nucleo familiare che stanno facendo domanda
(Per chiarimenti consultare l'opuscolo con le istruzioni, PUB-1301 Statewide, o rivolgersi al distretto dei servizi sociali competente)

[illegible]

INDICARE IL NOME DA NUBILE O ALTRI NOMI CON CUI LA PERSONA CHE STA FACENDO DOMANDA O ALTRI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE SONO CONOSCIUTI	N. riga	ONC	NOME	I.S.N.	COGNOME	
	N. riga	ONC	NOME	I.S.N.	COGNOME	

IS ANYONE SANCTIONED?	☐ YES ☐ NO	IF YES, WHO	REASON	END DATE
-----------------------	--	-------------	--------	----------

LN	FIRST NAME	LAST NAME	LEGALLY RESPONSIBLE		FOR WHOM?	CONTRIBUTION/ DEEMED INCOME	CHECK IF MEMBER OF SNAP HOUSEHOLD
			YES	NO			

CONSIDER

APPLICANT INFORMATION												EDUCATION				✓ CONSIDER RCA/RMA REFERRAL		
LN	NON-CITIZEN STATUS	STATUS ADJUSTED		DATE OF ENTRY/STATUS			APPLIED FOR CITIZENSHIP		SPONSORED		LN	DEGREE RECEIVED		LN	DEGREE RECEIVED			
		YES	NO	MONTH	DAY	YEAR	YES	NO	YES	NO								
												01			05			
												02			06			
												03			07			
												04			08			

NR	SEZIONE 7 – 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.							CLIENT IDENTIFICATION NUMBER	ENTER APPROPRIATE CODES								
	HISpanica o Latina INativa Americana o dell'Alaska AAsiatica BNERA o Afroamericana PNativa delle Hawaii o delle Isole del Pacifico WBianca USconosciuta (SOLO PER MA)								REL	SSN	SFUI	MS	SI	LA	EM	CI	EL
	↓	PER LE SINGOLE PERSONE NELLA SEZIONE 6 INDICARE S (SI) SE ISPANICHE O LATINE.															
		PER LE SINGOLE PERSONE NELLA SEZIONE 6 INDICARE Y (SI) IN CORRISPONDENZA DELLA RAZZA. È POSSIBILE SELEZIONARE PIÙ DI UNA RAZZA.															
	H	I	A	B	P	W	U										

01																				
02																				
03																				
04																				
05																				
06																				
07																				
08																				

ANTICIPATED FUTURE ACTION				CASE TYPE	RELATED CASE NUMBERS		CONSIDER		REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE		
LINE NO.	CODE	DATE					✓ Relationship ✓ Filing Unit ✓ Legally Responsible Relative ✓ Single Economic Unit ✓ SNAP Household Composition ✓ SNAP Aged/Disabled Individual ✓ Photo ID ✓ AFIS (PA Only) ✓ CBIC/PIN ✓ RFI/OCA ✓ Health Insurance						
SERVICE ELIGIBILITY PROCESS CODE													
SFUI	CODE	SFUI	CODE										
SFUI	CODE	SFUI	CODE										
NEEDED		REFERRALS		COMPLETED									
		Legal											
		Services											
		SSA											
		NYSoH											
		Chronic Care/SSI-Related											
		MA-Only											
		Medicare Savings Program											

Leggere tutta la pagina con attenzione prima di procedere alla compilazione. Per chiarimenti consultare l'opuscolo con le istruzioni (PUB-1301 Statewide) o rivolgersi al distretto dei servizi sociali competente.

SEZIONE 8 – CITTADINANZA / PRIVO DI CITTADINANZA CON STATO DI IMMIGRAZIONE REGOLARE

INDICARE TUTTI COLORO CHE STANNO FACENDO DOMANDA O CHE SONO TENUTI A FARLA.

Le Sezioni 8 e 9 devono essere compilate nel caso in cui:

- Si sta facendo domanda **solo** per le prestazioni di Assistenza all'infanzia, ma è necessario fornire solo i dati dei bambini ai quali sono destinate le prestazioni.
- Si sta facendo domanda **solo** per le prestazioni di Affidò, ma è necessario fornire solo i dati dei bambini ai quali sono destinate le prestazioni.
- Si sta facendo domanda per altri Servizi in determinate circostanze.

Alcuni programmi di servizi sociali richiedono di certificare che si è cittadini statunitensi, nativi americani o nazionali degli Stati Uniti o soggetti privi di cittadinanza con stato di immigrazione regolare, mentre per altri programmi non è necessario:
È **NECESSARIO** firmare la certificazione sottostante solo se si è cittadini statunitensi, nativi americani o nazionali degli Stati Uniti, o soggetti privi di cittadinanza con stato di immigrazione regolare, **e** si sta facendo domanda per:

- Assistenza pubblica, o
- Programma di assistenza supplementare per l'alimentazione, o
- Medicaid, o
- Assistenza all'infanzia (la certificazione è richiesta **solo** per i bambini), o
- Affidò (la certificazione è richiesta **solo** per i bambini), o
- Altri Servizi in determinate circostanze.
- Assistenza per pagamenti d'emergenza

Un componente adulto di un nucleo familiare o un rappresentante autorizzato possono firmare per tutti i componenti del nucleo familiare. Esempio: un genitore privo di cittadinanza o senza uno stato di immigrazione regolare può firmare la certificazione per il figlio minore privo di cittadinanza con stato di immigrazione regolare.

NEEDED

REFERRALS

COMPLETED

Systematic Alien Verification for Entitlements (SAVE)

In una domanda per prestazioni SNAP devono essere indicate tutte le persone componenti del nucleo familiare SNAP. In una domanda per prestazioni PA devono essere indicati tutti i bambini per i quali si sta facendo la domanda, i loro fratelli e sorelle e tutti i genitori dei bambini che vivono assieme. Se non si procede a verificare se una persona indicata è un cittadino statunitense, un nazionale USA o un soggetto privo di cittadinanza con stato di immigrazione regolare, o se questi non fornisce un numero rilasciato dai Servizi per la cittadinanza e l'immigrazione (USCIS) (Numero di registrazione stranieri) o un numero di soggetto privo di cittadinanza (se applicabile), alla persona in questione non verranno fornite le prestazioni richieste, mentre agli altri componenti del nucleo familiare verranno fornite prestazioni ridotte. Per i nativi americani verificare lo stato di cittadino/nazionale.

OGNI RICHIEDENTE DEVE FIRMARE* E DATARE LA CASELLA SEGUENTE.
In caso di richiedenti privi di cittadinanza con uno stato di immigrazione regolare, selezionare i programmi per i quali i singoli i soggetti privi di cittadinanza che stanno facendo domanda hanno uno stato di immigrazione regolare. (Vedere l'opuscolo con le istruzioni, Pub-1301 Statewide.)

LN	NOME	ISN	COGNOME	Per ogni persona selezionare "CITTADINO / NAZIONALE" o "NON-CITTADINO".	NUMERO USCIS (NUMERO DI REGISTRAZIONE STRANIERI) O NUMERO DI SOGGETTO PRIVO DI CITTADINANZA (se applicabile)	CERTIFICAZIONE	DATA	PA	SNAP	MA	CC	FC	S	EMRG
01				☐ CITTADINO/NAZIONALE ☐ NON-CITTADINO	A	Firmare qui X								
02				☐ CITTADINO/NAZIONALE ☐ NON-CITTADINO	A	Firmare qui X								
03				☐ CITTADINO/NAZIONALE ☐ NON-CITTADINO	A	Firmare qui X								
04				☐ CITTADINO/NAZIONALE ☐ NON-CITTADINO	A	Firmare qui X								
05				☐ CITTADINO/NAZIONALE ☐ NON-CITTADINO	A	Firmare qui X								
06				☐ CITTADINO/NAZIONALE ☐ NON-CITTADINO	A	Firmare qui X								
07				☐ CITTADINO/NAZIONALE ☐ NON-CITTADINO	A	Firmare qui X								
08				☐ CITTADINO/NAZIONALE ☐ NON-CITTADINO	A	Firmare qui X								

Selezionando una delle precedenti caselli e firmando la certificazione della Sezione 9, io sottoscritto dichiaro, sotto pena di spergiro, per me e/o per le persone per le quali sto firmando, di essere cittadino statunitense, nativo americano o nazionale degli Stati Uniti o soggetto privo di cittadinanza con uno stato di immigrazione regolare.
Sono consapevole che la firma di questa certificazione può comportare l'invio di informazioni sui componenti il mio nucleo familiare ai Servizi per di cittadinanza e immigrazione degli Stati Uniti per la verifica dello stato di soggetti privi di cittadinanza, se applicabile.
L'uso o la divulgazione delle informazioni di cui sopra è limitato alle persone e alle organizzazioni direttamente collegate con la verifica dello stato di cittadinanza, e la gestione o l'applicazione per legge delle disposizioni dei programmi di Assistenza pubblica, Assistenza supplementare per l'alimentazione, Medicaid, Assistenza all'infanzia, Affidò e Servizi.

*Chiunque desideri firmare la Certificazione e non è in condizioni di scrivere può apporre una "X" sulla riga alla presenza di un testimone. Il testimone deve firmare qui sotto.

Sono stato testimone dei segni apposti sulle righe: _____ Firma del testimone: _____ Data della firma: _____

SEZIONE 10 – INFORMAZIONI SUL RINVIO ALL'UNITÀ PER L'ESECUZIONE DELL'OBLIGO DI MANTENIMENTO

Se sta facendo domanda per le sole prestazioni di assistenza all'infanzia, non è necessario che richieda il mantenimento dei figli né che compili la presente sezione. Se sta facendo domanda per Medicaid in aggiunta alle prestazioni di Assistenza pubblica o del Programma di assistenza supplementare per l'alimentazione, potremmo aver bisogno del suo aiuto per ottenere l'assistenza medica per lei e per i figli per i quali viene fatta la domanda. Risponda alle seguenti domande per stabilire se deve compilare la presente sezione o meno. A tal fine tenga conto, se necessario, anche di se stesso:

1. Sta facendo domanda per una persona minore di 21 anni nata da genitori non coniugati e/o per la quale non è stata accertata la paternità legale?
☐ Sì ☐ No

2. Sta facendo domanda per una persona minore di 21 anni che ha un genitore non convivente (genitore non affidatario)? ☐ Sì ☐ No

Se ha risposto “No” ad entrambe le domande non è necessario compilare la presente sezione. Passare alla Sezione 11.

Se ha risposto “Sì” a una o entrambe le domande deve compilare la presente sezione. Indicare i nomi di tutte le persone minori di 21 anni per le quali sta facendo domanda e qualsiasi informazioni possa avere al momento su genitori non affidatari, presunti o intenzionali di queste persone.

3. Lei ha meno di 21 anni? ☐ Sì ☐ No

Se ha risposto “Sì” a questa domanda deve fornire le seguenti informazioni relative ai suoi genitori non affidatari, presunti o intenzionali:

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	Acknowledgment of Parentage or Paternity	
	Child Support Order	
	Good Cause Form (LDSS-4279)	
	IV-D Attestation (LDSS-4281)	
	Death Certificate	
	Divorce Decree	
	VA Benefits	
	Order of Filiation/Paternity/Parentage	
	Birth Certificate	
NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	CTHP	
	CAP	
	Referral for Child Support Services (LDSS-5145)	
	Parentage/Paternity	
CONSIDER ☒ Health Insurance of Non-custodial Parent/Absent Spouse ☒ Child Health Plus ☒ Petition to Family Court ☒ TASA ☒ SSI/SSA		

NOME DI PERSONA MINORE DI 21 ANNI	NOME E INDIRIZZO DEL GENITORE NON AFFIDATARIO, PRESUNTO O INTENZIONALE	DATA DI NASCITA DEL GENITORE NON AFFIDATARIO, PRESUNTO O INTENZIONALE			NUMERO DI PREVIDENZA SOCIALE DEL GENITORE NON AFFIDATARIO, PRESUNTO O INTENZIONALE
		MESE	GIORNO	ANNO	
A.					
B.					
C.					
D.					
E.					

SEZIONE 11 – DICHIARAZIONE DEI REDDITI/PERSONA A CARICO – Indicare la posizione fiscale di tutte le persone del nucleo familiare.

			POSIZIONE FISCALE						
NOME	INIZIALE SECONDO NOME	COGNOME	CELIBE/NUBILE	CONIUGATO CON DICHIARAZIONE CONGIUNTA	CONIUGATO CON DICHIARAZIONE INDIVIDUALE	CAPO DEL NUCLEO FAMILIARE (CON UN COMPONENTE AVENTE DIRITTO)	VEDOVO AVENTE DIRITTO CON FIGLIO A CARICO	PERSONA A CARICO E PRESENTERÀ LA DICHIARAZIONE DEI REDDITI	NON PRESENTERÀ LA DICHIARAZIONE DEI REDDITI

Persone a carico che non vivono nel nucleo familiare. Indicare tutte le persone fiscalmente a carico non conviventi con lei dichiarate da lei o da altri come componenti del nucleo familiare. Chi non presenta la dichiarazione dei redditi può non rispondere a questa domanda.

NOME DELLA PERSONA FISCALMENTE A CARICO			NOME DELLA PERSONA CHE PRESENTA LA DICHIARAZIONE DEI REDDITI		
NOME	INIZIALE SECONDO NOME	COGNOME	NOME	INIZIALE SECONDO NOME	COGNOME

SEZIONE 12 – INFORMAZIONI SUL CONIUGE NON CONVIVENTE/DECEDUTO – Se il coniuge di un richiedente vive altrove o è deceduto, indicarlo qui sotto.

NOME DEL RICHIEDENTE	NOME DEL CONIUGE	DATA DI NASCITA DEL CONIUGE	EVENTUALE DATA DI MORTE DEL CONIUGE	NUMERO DI PREVIDENZA SOCIALE DEL CONIUGE
EVENTUALE INDIRIZZO DEL CONIUGE		CITTÀ	CONTEA	STATO

SEZIONE 13 – INFORMAZIONI SUI FIGLI NON CONVIVENTI – Se un richiedente ha un figlio minore di 21 anni che vive altrove, indicarlo qui sotto.

NOME DEL RICHIEDENTE	NOME DEL FIGLIO NON CONVIVENTE	DATA DI NASCITA	INDIRIZZO DEL FIGLIO (VIA, CITTÀ, CONTEA, STATO E CODICE POSTALE)	LA PATERNITÀ LEGALE È STATA ACCERTATA?		PAGA IL MANTENIMENTO DEI FIGLI?:	
				Sì	No	Sì	No

SEZIONE 14 – INFORMAZIONI SUL GENITORE ADOLESCENTE

SEZIONE 14 – INFORMAZIONI SUL GENITORE ADOLESCENTE	GENITORE ADOLESCENTE	TEEN PARENT CHILDREN
Nel nucleo familiare è presente un genitore minore di 18 anni ("genitore adolescente")?: ☐ Sì ☐ No Nome _____	LN NO. _____ Stato coniugale _____ Diploma di scuola superiore o equivalente? _____ LN NO. _____ Stato coniugale _____ Diploma di scuola superiore o equivalente? _____	LN NO. _____ LN NO. _____
Il figlio del genitore adolescente vive nel nucleo familiare? ☐ Sì ☐ No Nome del figlio del genitore adolescente _____		

Se sta facendo domanda per prestazioni Medicaid deve compilare la sezione seguente:							
Detrazioni: Alcune formule Medicaid consentono ai richiedenti/beneficiari di ridurre il reddito imponibile con detrazioni sulle imposte federali. Si tratta di spese specifiche che l'Agenzia delle entrate (Internal Revenue Service, IRS) consente alle persone di detrarre, per ridurre il reddito imponibile. Indicare solo le detrazioni che verranno riportate nella dichiarazione dei redditi di quest'anno.		SÌ	NO	NOME	IMPORTO/VALORE E FREQUENZA:	NOME	IMPORTO/VALORE E FREQUENZA:
Spese per istruzione		1					
Detrazione del conto di pensionamento individuale (Individual Retirement Account, IRA)		2					
Detrazione interessi prestito studentesco		3					
Rette scolastiche e contributi		4					
Spese per determinate attività lavorative (riservisti, artisti, funzionari "governativi a contratto)		5					
Detrazione dal conto di risparmio per spese mediche		6					
Spese di trasloco per motivi di lavoro		7					
Parte detraibile dell'imposta sul lavoro autonomo (self-employment, S/E)		8					
S/E, SIMPLE e piani qualificati		9					
Detrazione assicurazione sanitaria S/E		10					
Penale per ritiro anticipato dei risparmi		11					
Alimenti pagati		12					
Detrazione per attività produttive nazionali		13					
Ulteriori adeguamenti aggiunti alla riga 36 (solo per il modulo 1040 IRS)		14					
Detrazione conto di risparmio per spese mediche (MSA) Archer		15					
Altri adeguamenti (specificare)							

SEZIONE 16 – INFORMAZIONI SULLO SPONSOR DI UN GENITORE ACQUISITO/SOGGETTO PRIVO DI CITTADINANZA CON STATO DI IMMIGRAZIONE REGOLARE

Rispondere a tutte le domande.

	SÌ	NO	NOME
Il genitore acquisito di minori che vivono con lei dispone di risorse o riceve un qualsiasi tipo di reddito?			
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:			
NOME DELLO SPONSOR:		N. TELEFONO:	
INDIRIZZO:			

NEEDED	REFERRAL	COMPLETED
	UIB	

SEZIONE 17 – INFORMAZIONI SULLA SITUAZIONE LAVORATIVA

Allo stato attuale sono: ☐ dipendente ☐ lavoratore autonomo ☐ disoccupato

Reddito lordo \$ _____ Ore mensili lavorate _____

(comprensivo di stipendi, salario, retribuzione per straordinari, commissioni e mance)

Pagamento: ☐ A settimana ☐ Ogni due settimane ☐ Al mese

Giorno di pagamento: _____

Nome e indirizzo del datore di lavoro: _____

_____ N. telefono _____

Qualcuno che vive con lei attualmente è: ☐ dipendente ☐ lavoratore autonomo

Nome: _____

Reddito lordo \$ _____ Ore mensili lavorate _____

Pagamento: ☐ A settimana ☐ Ogni due settimane ☐ Al mese

Giorno settimanale di pagamento: _____

Nome e indirizzo del datore di lavoro: _____

_____ N. telefono _____

Il suo datore di lavoro le offre una copertura sanitaria? ☐ Sì ☐ No

Chi vive con lei dispone di un copertura sanitaria offerta dal datore di lavoro? ☐ Sì ☐ No

Nome: _____

Nome della compagnia assicuratrice: _____

Lei o altre persone conviventi sostenete spese per l'assistenza a bambini o persone a carico per via del vostro impegno di lavoro? ☐ Sì ☐ No

Nome: _____

Lei o altre persone conviventi sostenete altre spese per via del vostro impegno di lavoro? ☐ Sì ☐ No

Nome: _____

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	CINTRAK/RFI/IRCS	
	1099	
	Employment Verification	
	Income Tax Return	
	Self-Employment Worksheet	
	Wage Stubs	
	Work Registration Form	
	Dependent/Child Care Form/Statement	
	Approval of Informal Child Care Provider	

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED	CONSIDER
	CAP		✓ Limited English Proficiency
	Disability		✓ Earned Income Tax Credit (see PUB-4786)
	Employment		✓ Explaining Periodic Reporting Requirements
	TPHI/COBRA		✓ Net Loss of Cash Income
	UIB		✓ P.A.S.S. Income Amount and Sources
	Workers' Compensation		✓ Employment Sanctions
	Drug/Alcohol		✓ Temporary Employment
	Domestic Violence		✓ Disability Review
	Refugee Cash Assistance		✓ Individual Development Account (IDA)
			✓ Voluntary Quit

Se è in disoccupazione, qual è stata l'ultima volta che lei o altre persone conviventi avete lavorato?

Nome: _____ Data: _____

Luogo di lavoro: _____ 6

Perché lei (o altre persone) avete smesso di lavorare? _____

Lei o altre persone conviventi avete chiesto il sussidio di disoccupazione? ☐ Sì ☐ No

Se la risposta è sì, indichi il nome _____ Data: _____

Stato della domanda: ☐ Approvato ☐ Rifiutato ☐ In attesa

Lei o altre persone conviventi state partecipando a uno sciopero? ☐ Sì ☐ No

Nome: _____

Data di inizio dello sciopero: _____

Lei o altre persone conviventi siete migranti o lavoratori agricoli stagionali? ☐ Sì ☐ No

Nome: _____

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? ☐ Sì ☐ No

Nome: _____

Di che tipo di limitazione si tratta?: _____

Potrebbe accettare un lavoro oggi stesso? ☐ Sì ☐ No

Se la risposta è no, per quali motivi? _____

Che tipo di lavoro vorrebbe svolgere? _____

11

[illegible]

SEZIONE 18 – ISTRUZIONE/FORMAZIONE

Qual è il massimo livello di istruzione che ha completato?
__ Scuola superiore non terminata
 In tal caso, qual è l'ultima classe terminata? ____
__ Piano di istruzione individualizzato (Individualized Education Plan IEP) completato
__ Diploma di scuola superiore o titolo equipollente (General Equivalency Diploma, GED) o superamento del test di valutazione del percorso di studi secondari (Test Assessing Secondary Completion, TASC™)
__ Laurea di primo livello (Associate's Degree, corso di laurea biennale)
__ Laurea (Bachelor's Degree), corso di laurea quadriennale) o titolo superiore

Qualcuno nel suo nucleo familiare 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 è sì, indichi il nome: _____

Diploma ottenuto: _____

Data di completamento: _____

Indicare se lei o altre persone conviventi state facendo domanda o state già ricevendo assistenza:

Partecipate o avete partecipato a un programma di formazione? _____

Nome: _____

Luogo _____

Programma _____

Date di frequenza: _____

Date di completamento: _____

Qualcuno ha almeno 16 anni e sta frequentando la scuola o il college? _____

Nome _____

Scuola o college _____

Qualcuno ha meno di 16 anni e sta frequentando la scuola?

Nome _____

Scuola _____

Nome _____

Scuola _____

Nome _____

Scuola _____

Nome _____

Scuola _____

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	School Attendance Verification (LDSS-3708)	
	Educational Grant Worksheet	
	Child Care Statement	

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	Supportive Services	

CONSIDER	YES	NO
Does anyone 18 through 49 who is attending college half-time or more meet the SNAP student eligibility requirement?	☐	☐
Does anyone pay for child or dependent care to attend school or training?	☐	☐
Is there a 16-19 year-old parent who does not have a high school or equivalency diploma and who is not attending school?	☐	☐
Is anyone in training?	☐	☐
Are any other supportive services appropriate?	☐	☐
Are there any training related expenses?	☐	☐

5

SEZIONE 19 – INFORMAZIONI SULLE RISORSE						
Indicare se lei o altre persone conviventi che stanno facendo domanda:	SI	NO	NOME	IMPORTO/VALORE	NOME	IMPORTO/VALORE
Disponete di liquidità	1					
Avete conti correnti	2					
Avete conti di risparmio o certificati di deposito	3					
Avete conti di cooperative di credito	4					
Avete un'assicurazione sulla vita	5					
Siete proprietari o intestatari di veicoli a motore o di altro tipo Anno _____ Marca/Modello _____ Anno _____ Marca/Modello _____ Altro _____	6					
Avete azioni, obbligazioni, certificati o fondi comuni d'investimento	7					
Avete titoli di risparmio	8					
Avete conti IRA, Keogh, 401(k) o di compensazione differita	9					
Avete un fondo fiduciario per spese funebri irrevocabile	10					
Avete un fondo per spese funebri	11					
Avete un contratto di affitto di loculo	12					
Avete una casa di proprietà	13					
Avete immobili, indipendentemente dal fatto che producano reddito o meno	14					
Avete diritto a ricevere rimborsi dell'imposta sul reddito	15					
Avete una rendita annua	16					
Siete beneficiari di un trust	17					
Siete in attesa di ricevere un trust, un importo a seguito di accordo di transazione di causa giudiziale, eredità o reddito da altre fonti	18					
Avete un conto fiduciario ("in trust")	19					
Cassette di sicurezza	20					
Avete altre risorse diverse da quelle indicate	21					
Qualcuno (compreso il coniuge, anche se non sta facendo domanda o non è convivente) ha fatto una regalia in denaro, oppure ha venduto/trasferito proprietà immobiliari, reddito o beni personali negli ultimi 36 mesi?	22					
Qualcuno (compreso il coniuge, anche se non sta facendo domanda o non è convivente) ha creato un trust in passato o trasferito dei beni in un trust negli ultimi 60 mesi? Se sì, quando? _____	23					

VEHICLE INFORMATION								
YR.	MAKE	MODEL	OWNER'S NAME	AMOUNT OWED	NADA VALUE	EXEMPT	LIEN HOLDER	ACCOUNT NO.
						YES*		
				\$	\$			
				\$	\$			

IF EXEMPT, WHY?

NEEDED	REFERRAL	COMPLETED
	Legal	
	Resource	

LIFE INSURANCE

FACE AMOUNT	CASH VALUE

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	Resource Checklist	
	Market Value	
	DMV Clearance	
	Bank Statement	
	Assignment of Proceeds	
	Car/Vehicle Title	
	Car/Vehicle Registration (Older Models)	
	Bank Clearance	
	RFI/OCA	
	1099	

CONSIDER

✓ Children's Resources

✓ Lump Sum

✓ Boats, Campers, Snowmobiles

✓ Individual Development Account (IDA)

✓ Exempt Vehicles

SEZIONE 20 – INFORMAZIONI MEDICHE					REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE	
Indicare se lei o altre persone conviventi che stanno facendo domanda:	SI	NO	SE SI, INDICARE IL NOME			Pregnancy Statement		
Avete parcelle mediche o spese mediche 1						Med/Psych Statement		
Usufruire delle prestazioni Medicaid con programma spend-down 2						Drug/Alcohol Screening (LDSS-4571)		
Avete un'assicurazione sanitaria o per degenza ospedaliera/infortuni (compresa l'assicurazione del datore di lavoro) 3				POLIZZA N.:		Drug/Alcohol Statement		
Avete un'assicurazione sanitaria fornita dal datore di lavoro 4				IMPORTO:		Paid or Unpaid Medical Bills		
Usufruire delle prestazioni Medicare (tessera rossa, bianca e blu) 5				FREQUENZA DI PAGAMENTO:		SSI Application Verification (PA ONLY)		
Hanno un'assistenza sanitaria/assistenza domiciliare 6				NOME DELLA COMPAGNIA ASSICURATRICE:		CONSIDER		
Siete non vedenti, malati o invalidi 7				PERSONE ASSICURATE:		✓ AD/SSI Related		
Siete minori con invalidità dello sviluppo 8				DATA DI DECORRENZA:		✓ SNAP Aged/Disabled Indicator		
Siete ricoverati in ospedale, casa di cura o altra struttura sanitaria 9				Is the answer to question 7 in this section consistent with Section 17 asking if the applicant or any other adult who lives in the household have any medical conditions that limit their ability to work or the type of work that they can perform?		✓ SNAP Medical Deduction		
Avete parcelle mediche pagate o non pagate nei 3 mesi precedenti il mese della presente domanda 10						✓ TPHI Reimbursement		
Siete o siete stati dipendenti da sostanze stupefacenti o alcol 11						✓ Buy-In Eligibility		
Necessitate di assistenza domiciliare/personale 12						✓ Kreiger (LDSS-3664)		
Ricevete prestazioni SSI o avete mai fatto domanda per riceverle 13						✓ Domestic Violence		
Siete in gravidanza: Se la risposta è sì, data di termine: _____ 14 Numero di nascite previsto: _____						✓ SSI Referral		
Partecipate a un programma di trattamento per abuso di sostanze stupefacenti o di alcol 15						✓ Earned Income Credit		
Non siete in grado di lavorare per almeno 12 mesi a causa di invalidità o malattie 16						NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
Svolgete un'attività quotidiana limitata a causa di condizioni di invalidità o malattia durate o che dureranno almeno 12 mesi 17							SSI (D-CAP)	
Siete stati coinvolti in incidenti automobilistici o sul lavoro negli ultimi due anni 18							Disability Interview (LDSS-1151)	
Avete avuto parcelle mediche pagate da un'agenzia governativa (programma pubblico), oltre a Medicaid o Medicare Se la risposta è sì, di che agenzia si tratta _____ 19							Medical Report (LDSS-486, 486t)	
L'addebito di un'altra assicurazione sanitaria può interferire con la vostra salute o la sicurezza fisica o emotiva e/o interferire con la privacy e la riservatezza della richiesta o del ricevimento di prestazioni Medicaid? 20							Disability Report	
							AD	
							TPHI	
							ACCES-VR	
							CTHP	
							Family Planning	
							SSA (RSDI)	
							Veteran's Benefits	
							Veteran's Counseling	
							Child Health Plus	
							COBRA Eligibility	
							Nurse's Aide Service	
							Home Care	
							NYSOH	
							MA-Only (DOH-4220)	
							SSI-Related/Chronic Care (DOH-4220 with Supplement A)	
							LDSS-4526 or local equivalent	

RETROACTIVE MEDICAID	WHO	DATE	RECURRING MEDICAL EXPENSES	WHO	AMOUNT \$		
MEDICAL BILLS: ☐ YES ☐ NO			TPHI: ☐ YES ☐ NO				

SCELTA DEL PIANO SANITARIO

Alla maggior parte delle persone iscritte a Medicaid viene richiesto di partecipare a un piano sanitario di cure convenzionate, tranne il caso in cui si rientri in una categoria esente. Utilizzare questa sezione per scegliere un piano sanitario. Se non si conoscono i piani sanitari disponibili, chiedere a un operatore o chiamare il numero 1-800-505-5678.

Nome del piano per il quale si richiede l'iscrizione	Cognome	Nome	Data di nascita mm/gg/aaaa	Sesso M/F/X	Numero ID (della tessera Medicaid, eventuale)	Numero di previdenza sociale	Medico di fiducia (PCP) o centro medico (selezionare la casella se si tratta di quello attuale)	Nome e numero di identificazione del medico ostetrico/ginecologo (selezionare la casella se si tratta di quello attuale)
							☐	☐
							☐	☐
							☐	☐
							☐	☐

SEZIONE 21 – RESIDENZA TEMPORANEA				
COME SI CHIAMA IL PADRONE DI CASA? 				
QUAL È L'INDIRIZZO DEL PADRONE DI CASA? 				
QUAL È IL NUMERO DI TELEFONO DEL PADRONE DI CASA? () _____				
	SÌ	NO	SE SÌ, IMPORTO	
Lei o altre persone conviventi state pagando un affitto, un mutuo o altre spese abitative?			\$	
Lei o altre persone conviventi ricevete la bolletta per il riscaldamento in modo separato dal canone di affitto o da altre spese abitative?			\$	

SHELTER COSTS		MONTHLY ACTUAL COST
A. Room and Board		
B. Rent		
C. Trailer Lot Rent		
D. Mortgage Payment		
1.	Principal	
2.	Interest	
3.	Property Tax (including School Tax)	
4.	Homeowner's Insurance (incl. Fire Insurance)	
5.	Taxes Included in Mortgage (Escrow Payment)	
6.	Assessments (Sewer, etc.)	
E. Total Mortgage Payment (Line 1-6)		
TOTAL (Lines A - E)		

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	Landlord Statement	
	Rent Receipt	
	Tenant of Record	
	Customer of Record	
	Voluntary Restrict	
	Mandatory Restrict	
	Subsidized Housing	
	Mortgage/Title Search	
	Section 8 Lease or Statement from Section 8 Office	
	Property Lien	
	Shelter/Utility Repayment Agreement	
CONSIDER		
☒ Utility and/or Fuel Restrict		
☒ Utility Guarantee		
☒ HEAP		
☒ Subsidized Housing May Show Total Rent, NOT Client Amount		
☒ Foster Care-Related Additional Allowances		
☒ SNAP Household Composition Rules		
☒ SNAP Aged/Disabled Indicator		
☒ Real Property Tax Credit		
☒ AIDS/HIV Emergency Shelter Allowance		
☒ Property Lien		
☒ If Shelter Expenses/Living Quarters Are Shared by More than One Household		

SEZIONE 21 – RESIDENZA TEMPORANEA (CONT.)			
Lei o altre persone conviventi sostenete le seguenti spese in modo separato dal canone di affitto o da altre spese abitative?	SI	NO	SE SI, IMPORTO
Elettricit� (per consumi diversi dal riscaldamento; es., luce, cottura pasti, acqua calda etc.) 1			\$
Gas naturale (per consumi diversi dal riscaldamento; es., luce, cottura pasti, acqua calda etc.) 2			\$
Acqua 3			\$
Aria condizionata 4			\$
Propano (per consumi diversi dal riscaldamento) 5			\$
Rete fognaria 6			\$
Rifiuti 7			\$
Altre utenze e spese Specificare _____ 8			\$
Vive in una struttura pubblica? 9			*Check Primary Heat Type: ☐ Natural Gas ☐ Oil ☐ PSC Electric ☐ Coal ☐ Kerosene ☐ Propane ☐ Municipal Electric ☐ Wood ☐ Other _____
Vive in una struttura ai sensi della sezione 8, HUD, o altra struttura che gode di sovvenzioni pubbliche? 10			
Vive in una struttura per il trattamento dell'abuso da sostanze stupefacenti/alcol? 11			

MONTHLY EXPENSES	MONTHLY ACTUAL COST	NAME OF DEALER	ACCOUNT NUMBER	IN WHOSE NAME IS THE BILL? (CUSTOMER OF RECORD)	WHO IS THE TENANT OF RECORD?
A. Heat*					
B. Electricity (for cooking, lights, hot water)					
C. Gas (for cooking, hot water)					
D. Liquid Propane Gas					
E. Other Utilities or Expenses					
F. Air Conditioning					
G. Utility Installation Fees					
H. Sewer					
I. Trash					
J. Water					

ULTERIORI INFORMAZIONI			
SEZIONE 22 – ALTRE SPESE			
Indicare se lei o altre persone conviventi che stanno facendo domanda:	SI	NO	SE SI, INDICARE L'IMPORTO
Pagate il mantenimento per i figli minori 1			\$
Pagate gli alimenti al coniuge 2			\$
Pagate per l'assistenza ai figli 3			\$
Pagate per l'assistenza a persone a carico 4			\$
Pagate rette scolastiche, contributi e altre spese per l'istruzione 5			\$
Sostenete ulteriori spese (es., pagamenti dell'auto, pagamento dell'assicurazione auto, pagamenti con carte di credito e/o altri pagamenti di prestiti etc.) Specificare: _____ 6			\$
Lei o altre persone conviventi che stanno facendo domanda dovete pagare almeno quattro mesi di mantenimento per un figlio minore di 21 anni?: 7	☐ SI ☐ NO		

SEZIONE 23 – ALTRE INFORMAZIONI						ALTRE INFORMAZIONI (CONT.)			SI	NO	NOME
Lei acquista o pensa di acquistare dei pasti dal servizio di consegna domiciliare o da un servizio di ristorazione comunitaria?		☐ SI	☐ NO			Lei o altre persone conviventi che stanno facendo domanda vi siete trasferiti in questa contea da un'altra contea dello Stato di New York negli ultimi due mesi?					
Lei è in grado di cucinare o preparare pasti a casa?		☐ SI	☐ NO	VETERAN STATUS	VETERAN CODE	Lei o altre persone conviventi siete mai stati ritenuti colpevoli e/o esclusi dalle prestazioni di Assistenza pubblica e/o da quelle del Programma di assistenza supplementare per l'alimentazione (SNAP) a causa di frodi/violazioni intenzionali del programma.					
Lei o altre persone componenti il nucleo familiare avete mai fatto parte delle forze armate USA? Nome della persona interessata		☐ SI	☐ NO			Lei o altre persone conviventi avete ricevuto prestazioni alle quali non avevate diritto e che non sono state completamente rimborsate a questa o un'altra agenzia?					
Il suo coniuge ha mai fatto parte delle forze armate USA?		☐ SI	☐ NO			Lei o altre persone conviventi siete stati condannati per aver fatto affermazioni o dichiarazioni fraudolente sulla residenza al fine di ottenere le prestazioni di Assistenza pubblica in due o più stati?					
Nel suo nucleo familiare ci sono persone a carico di qualcuno che fa parte attualmente o ha fatto parte delle forze armate USA? Nome della persona interessata		☐ SI	☐ NO			Lei o altre persone conviventi siete stati condannati per aver ricevuto in modo fraudolento due volte le prestazioni SNAP in qualsiasi stato dopo il 22 settembre 1996?					
Attualmente lei o altre persone conviventi ricevete assistenza o prestazioni? ☐ SI ☐ NO						Lei o altre persone conviventi siete stati condannati per compravendita di prestazioni SNAP per un importo complessivo di almeno 500 dollari, dopo il 22 settembre 1996?					
SE SÌ, INDICARE IL NOME	TIPO DI ASSISTENZA	LUOGO	DATA			Lei o altre persone conviventi siete stati condannati per scambio di prestazioni SNAP finalizzato ad ottenere armi da fuoco, munizioni o esplosive, o sostanze stupefacenti?					
						Lei o altre persone conviventi state cercando di evitare l'azione penale, l'affidamento o la detenzione dopo essere stati condannati per un reato o un tentativo di reato e siete attivamente ricercati dalle forze dell'ordine?					
						Lei o altre persone conviventi state violando la libertà vigilata o sulla parola decisa da un'ordinanza del tribunale?					
						STATO DI TRASFERIMENTO DI PROPRIETÀ					
Ho ☐ Non ho ☐ venduto, trasferito o alienato proprietà al fine di beneficiare di prestazioni di Assistenza pubblica o SNAP.											
RICHIESTA		DOCUMENTAZIONE								GIÀ AGLI ATTI	
		Prospetto borse di studio									
		Dichiarazione di assistenza all'infanzia/a persone a carico									
		Rimborsi									
		Pagamenti in eccesso in sospeso									
		Esclusione in sospeso									

IF TOTAL EXPENSES (INCLUDING EXPENSES NOT USED IN THE BUDGET DETERMINATION) EXCEED INCOME (INCLUDING PA GRANT), EXPLORE HOW THE HOUSEHOLD IS MEETING ITS OBLIGATIONS.																						
Actual Expenses	\$	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">CONSIDER</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>✓</td> <td>Actual Expenses, including: shelter, fuel/utility costs, telephone costs, etc.</td> </tr> <tr> <td>✓</td> <td>Actual Shelter</td> </tr> <tr> <td>✓</td> <td>Actual Fuel/Utility Costs</td> </tr> <tr> <td>✓</td> <td>Telephone Expenses</td> </tr> <tr> <td>✓</td> <td>Car Expenses</td> </tr> <tr> <td>✓</td> <td>Furniture/Appliance Rental</td> </tr> <tr> <td>✓</td> <td>Cable TV</td> </tr> <tr> <td>✓</td> <td>Tuition</td> </tr> <tr> <td>✓</td> <td>Out-of-Pocket Medical Expenses</td> </tr> </tbody> </table>	CONSIDER		✓	Actual Expenses, including: shelter, fuel/utility costs, telephone costs, etc.	✓	Actual Shelter	✓	Actual Fuel/Utility Costs	✓	Telephone Expenses	✓	Car Expenses	✓	Furniture/Appliance Rental	✓	Cable TV	✓	Tuition	✓	Out-of-Pocket Medical Expenses
CONSIDER																						
✓	Actual Expenses, including: shelter, fuel/utility costs, telephone costs, etc.																					
✓	Actual Shelter																					
✓	Actual Fuel/Utility Costs																					
✓	Telephone Expenses																					
✓	Car Expenses																					
✓	Furniture/Appliance Rental																					
✓	Cable TV																					
✓	Tuition																					
✓	Out-of-Pocket Medical Expenses																					
- Actual Income	\$																					
= Difference	\$																					
Does Client Receive Contribution Towards Difference	YES ☐ NO ☐																					
If Yes, From Whom?																						
		EMERGENCY CASH ASSISTANCE Is there an immediate need? If not, why not? 																				

NOTES/COMMENTS

COMUNICAZIONI, CESSIONI, AUTORIZZAZIONI e CONSENSI

ACQUISIZIONE E UTILIZZO DEI NUMERI DI PREVIDENZA SOCIALE – L'acquisizione dei Numeri di previdenza sociale (SSN) è autorizzata per ciascun componente del nucleo familiare in riferimento al Programma di assistenza supplementare per l'alimentazione (SNAP), ai sensi della Legge sull'alimentazione e la nutrizione (Food and Nutrition Act) del 2008 e successive integrazioni e modificazioni. Chiunque presenti domanda di prestazioni SNAP deve fornire un SSN per poterle ricevere. Se il richiedente o chiunque stia facendo domanda non possiede un SSN, dovrà necessariamente richiederlo all'Amministrazione della previdenza sociale (Social Security Administration, SSA) (consultare www.SSA.gov o telefonare al numero 1-800-772-1213).

Per quanto riguarda tutti gli altri programmi per i quali il presente modulo di domanda richiede un SSN, l'acquisizione degli SSN è comunque obbligatoria ed è autorizzata ai sensi di una o più delle seguenti sezioni di leggi: Sezione 205(c) della Legge sulla previdenza sociale (Social Security Act) (405 Codice USA 42), Sezione 1137 della Legge sulla previdenza sociale (1320b-7 Codice USA 42) e Sezione 7(a)(2) della legge sulla Privacy (Privacy Act) del 1974. Per chiarimenti consultare l'opuscolo con le istruzioni (PUB-1301 Statewide) o rivolgersi al distretto dei servizi sociali competente.

Le informazioni che acquisiamo saranno utilizzate per stabilire se il nucleo familiare ha diritto o continua ad aver diritto a ricevere assistenza o prestazioni. Le informazioni saranno utilizzate per controllare l'identità, verificare il reddito da lavoro e non da lavoro, stabilire se i genitori non conviventi possano ricevere la copertura assicurativa sanitaria per i richiedenti o i beneficiari, stabilire se i richiedenti o i beneficiari possano ottenere il mantenimento dei figli o gli alimenti e stabilire se i richiedenti o i beneficiari possano ricevere denaro o altra forma di assistenza. Verificheremo queste informazioni attraverso programmi informatici di controllo incrociato. Le informazioni stesse saranno inoltre utilizzate per monitorare la conformità alle normative dei programmi e per la gestione dei programmi. Oltre a utilizzare le informazioni fornite in tal modo dai richiedenti, lo Stato se ne servirà per elaborare statistiche su tutte le persone che ricevono le prestazioni del Programma di assistenza energetica abitativa (Home Energy Assistance Program, HEAP) (vedere sotto).

Queste informazioni potranno essere comunicate ad altre agenzie statali e federali per la verifica ufficiale e a funzionari delle forze dell'ordine allo scopo di bloccare le persone latitanti per sfuggire alla legge. Le informazioni acquisite in relazione ai richiedenti e ai beneficiari delle prestazioni di Assistenza alla famiglia (Family Assistance) e Assistenza della rete di protezione (Safety Net Assistance), compresi gli SSN, possono essere utilizzate per assistere nella formazione di giurie. In caso di reclamo relativo a prestazioni SNAP nei confronti del nucleo familiare, le informazioni contenute in questa domanda, compresi tutti gli SSN, possono essere trasmesse ad agenzie federali e statali, nonché ad agenzie private di recupero crediti, per un'azione di recupero.

Verranno utilizzati e comunicati secondo le modalità sopra descritte anche gli SSN dei componenti del nucleo familiare non aventi diritto.

Oltre a utilizzare le informazioni fornite in tal modo dal richiedente, lo Stato le utilizza per elaborare statistiche su tutte le persone che ricevono le prestazioni HEAP. Le informazioni vengono utilizzate per il controllo della qualità da parte dello Stato per accertare che i distretti dei servizi sociali stiano svolgendo il miglior lavoro possibile. Inoltre vengono utilizzate per verificare chi sia il fornitore di energia del richiedente e per effettuare determinati pagamenti a suo favore.

AVVISO DI 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, origine nazionale, 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.

Lo Stato di New York proibisce inoltre la discriminazione basata su stato di transgender, disforia di genere, stato civile, stato militare, stato di vittima di violenza domestica, condizioni legate alla gravidanza, caratteristiche genetiche predisponenti, precedenti di arresto o condanna, situazione familiare, nonché le ritorsioni per essersi opposti a prassi discriminatorie illegali.

Le informazioni relative al programma possono essere messe a disposizione in altre lingue oltre all'inglese. Le persone con disabilità che richiedono mezzi di comunicazione alternativi per ricevere informazioni sul programma (es., Braille, stampa a caratteri grandi, registrazione audio, lingua dei segni americana etc.) devono rivolgersi all'agenzia (statale o locale) presso cui hanno presentato la domanda per ricevere le 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, che 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: (1) per posta: Food and Nutrition Service, USDA, 1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314; 2) per fax al numero (833) 256-1665 or (202) 690-7442 o 3) per posta elettronica: FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

Per ogni altra informazione riguardante problemi relativi al Programma di assistenza supplementare per l'alimentazione (SNAP), è necessario contattare il numero della linea diretta SNAP USDA (800) 221-5689, disponibile anche in spagnolo, oppure chiamare i numeri per le informazioni/la linea diretta dello Stato disponibili online su http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm.

Questa istituzione rispetta le pari opportunità.

CONSENSO AGLI ACCERTAMENTI – Acconsento a qualsiasi accertamento per la verifica o la conferma delle informazioni da me fornite in relazione alla mia richiesta di erogazione delle prestazioni di Assistenza pubblica (PA), Assistenza medica, prestazioni del Programma di assistenza supplementare per l'alimentazione (SNAP), prestazioni del Programma di assistenza energetica abitativa, Servizi o Assistenza all'infanzia. Se mi saranno richieste ulteriori informazioni, le fornirò. Inoltre, collaborerò con il personale statale e federale per eventuali ulteriori verifiche di controllo della qualità relative a PA e/o SNAP.

Con la presentazione della domanda di erogazione delle prestazioni SNAP, dichiaro di essere a conoscenza che il distretto dei servizi sociali richiederà e utilizzerà le informazioni disponibili attraverso il Sistema di verifica del reddito e dell'idoneità (Income and Eligibility Verification System) per fare accertamenti sulla mia domanda, e che potrebbe inoltre verificare tali informazioni attraverso ulteriori contatti, nel caso in cui venissero riscontrate discrepanze. Sono anche consapevole del fatto che tali informazioni possono influenzare la mia idoneità a ricevere le prestazioni SNAP e/o il livello delle prestazioni stesse.

CONSENSO ALLA COMUNICAZIONE DI INFORMAZIONI RISERVATE SULL'INDENNITÀ DI DISOCCUPAZIONE – Autorizzo il Dipartimento del lavoro (Department of Labor, DOL) dello Stato di New York a comunicare tutte le informazioni riservate da esso detenute ai fini dell'indennità di disoccupazione (Unemployment Insurance, UI) all'Ufficio di assistenza temporanea e disabilità (Office of Temporary and Disability Assistance, OTDA) dello Stato di New York. Tali informazioni comprendono le richieste di prestazioni UI e i dati sulla retribuzione. Sono consapevole del fatto che l'OTDA, nonché i dipendenti delle agenzie statali e locali che lavorano negli uffici dei distretti dei servizi sociali, si serviranno delle informazioni UI per stabilire o verificare l'idoneità e l'importo delle prestazioni di Assistenza pubblica, Medicaid, del Programma di assistenza supplementare per l'alimentazione, del Programma di assistenza energetica abitativa o di Assistenza all'infanzia richieste con la presente domanda e, inoltre, per gli accertamenti finalizzati a determinare se abbia ricevuto prestazioni a cui non avevo diritto. L'OTDA potrebbe inoltre divulgare tali informazioni con l'Ufficio per i servizi ai minori e alla famiglia (Office of Children and Family Services, OCFS) e con il Dipartimento della salute (Department of Health, DOH) dello Stato di New York. L'OCFS utilizzerà le informazioni per monitorare il programma di Assistenza all'infanzia.

COMUNICAZIONE DI INFORMAZIONI AI FORNITORI DI SERVIZI – Autorizzo il distretto dei servizi sociali e lo Stato di New York a divulgare le informazioni relative alle prestazioni di Assistenza pubblica o del Programma di assistenza supplementare per l'alimentazione per il quale posso legalmente dare l'autorizzazione, ai fini di verificare la mia idoneità a servizi e pagamenti relativi all'amministrazione del programma da parte di fornitori dello Stato o locali. Tali servizi possono comprendere, senza intento limitativo, 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.

COMUNICAZIONE DI DOCUMENTAZIONE SCOLASTICA – Autorizzo il Dipartimento della salute dello Stato di New York e il distretto dei servizi sociali ad ottenere qualsiasi informazione relativa alla documentazione scolastica riguardante me e/o i miei figli minori per le seguenti finalità: 1) verificare la mia idoneità a ricevere le prestazioni di Assistenza pubblica, del Programma di assistenza supplementare per l'alimentazione e/o Medicaid; 2) effettuare verifiche o accertamenti derivanti da informazioni contrastanti fornite nell'ambito del processo di idoneità; 3) richiedere il rimborso di Medicaid per i servizi scolastici legati alle condizioni di salute e 4) fornire alla pertinente agenzia del governo federale l'accesso a tali informazioni esclusivamente a scopo di verifica.

CONSENSO ALLA COMUNICAZIONE DI INFORMAZIONI DA PARTE DI RESIDENTI DELL'AUTORITÀ PER L'EDILIZIA ABITATIVA DI NEW YORK – Se state 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 autorizzate la NYCHA a comunicare all'HRA le informazioni relative alla vostra 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.

SEGNALAZIONE DI VARIAZIONI – Acconsento a informare **immediatamente** l'agenzia di qualsiasi variazione in merito a indirizzo, esigenze, reddito e proprietà, status di adulto abile al lavoro senza persone a carico (able-bodied adult without dependents, ABAWD), stato di gravidanza o sistemazione abitativa, al meglio della mia conoscenza o convinzione.

Nel caso di domanda di Assistenza all'infanzia, acconsento a informare **immediatamente** l'agenzia di qualsiasi variazione riguardo reddito familiare, persone che vivono nella mia abitazione, stato di occupazione, soluzioni di assistenza all'infanzia o altre variazioni che potrebbero incidere sulla sussistenza della mia idoneità o sull'importo delle prestazioni che ricevo.

SANZIONI – Le leggi federali e statali prevedono sanzioni, reclusione o entrambe se non risulta veritiero quanto dichiarato nelle domande di Assistenza pubblica, Medicaid, del Programma di assistenza supplementare per l'alimentazione, Servizi o Assistenza all'infanzia ("Assistenza, Prestazioni o Servizi") o in caso di contestazioni circa l'idoneità a ricevere le prestazioni, o se si inducono altre persone a non dire la verità sulla domanda o sul diritto di mantenimento delle prestazioni all'interessato. Si applicano sanzioni anche se si nascondono o non si comunicano fatti relativi alla propria idoneità, iniziale o in essere, in relazione ad Assistenza, Prestazioni o Servizi, oppure se si nascondono o non si comunicano fatti che possono incidere sul diritto di qualcuno per il quale si è presentata domanda ad ottenere o continuare a ricevere Assistenza, Prestazioni o Servizi. Se si è un rappresentante autorizzato, tali Assistenza, Prestazioni o Servizi, devono essere utilizzati per la persona rappresentata e non per se stessi. Le leggi federali e statali dispongono che ogni trasferimento di beni per un valore inferiore a quello di mercato effettuato da una persona o dal suo coniuge entro 60 mesi precedenti al primo giorno del mese in cui la persona avrà usufruito di assistenza in strutture sanitarie assistenziali e avrà presentato domanda per Medicaid, potrebbe far decadere per un certo periodo l'idoneità della persona ad usufruire di strutture o residenze sanitaria assistenziale, e di servizi domiciliari o comunitari. È illegale ottenere Assistenza, Prestazioni o Servizi nascondendo informazioni o fornendo informazioni false.

ESCLUSIONE DAL PROGRAMMA DI ASSISTENZA SUPPLEMENTARE PER L'ALIMENTAZIONE – Tutte le informazioni fornite in relazione alla domanda per le prestazioni del Programma di Assistenza Supplementare per l'Alimentazione (SNAP) verranno sottoposte a verifica da funzionari federali, statali e locali. Informazioni errate potrebbero comportare il rifiuto di prestazioni SNAP. La persona che fornisce consapevolmente informazioni errate che influiscono sull'idoneità alle prestazioni o sull'importo delle prestazioni stesse può essere perseguita penalmente. Persone condannate per aver consapevolmente utilizzato, trasferito, acquisito, alterato o posseduto tessere di autorizzazione SNAP o aver utilizzato i relativi dispositivi, possono essere soggette a sanzioni pecuniarie fino a 250.000 dollari, custodia fino a 20 anni o entrambe. Tali persone possono inoltre essere soggette a procedimento giudiziario ai sensi delle leggi federali e statali vigenti. Chiunque stia violando una condizione di libertà vigilata o condizionale, o sia latitante per evitare procedimenti giudiziari, custodia o reclusione a seguito di reato, e sia attivamente ricercato dalle forze dell'ordine non ha diritto a ricevere le prestazioni SNAP.

Si può essere dichiarati non idonei a ricevere le prestazioni del programma SNAP o si può essere ritenuti colpevoli di Violazione intenzionale del programma (IPV) se si rendono dichiarazioni false o fuorvianti, o si travisano, nascondono o tacciono fatti, al fine di risultare idonei per le prestazioni o riceverne di maggiori; si acquista un prodotto utilizzando l'importo delle prestazioni SNAP con l'intento di ottenere denaro contante smaltendo intenzionalmente il prodotto e restituendo il contenitore per l'importo del deposito; si commettono o si tenta di commettere atti che costituiscano una violazione delle leggi federali o statali allo scopo di utilizzare, presentare, trasferire, acquisire, ricevere, possedere o fare commercio di prestazioni SNAP, tessere di autorizzazione o documenti riutilizzabili utilizzati nell'ambito del sistema di Trasferimento elettronico delle prestazioni (Electronic Benefit Transfer, EBT). Non sono inoltre consentiti comportamenti quali quelli di seguito riportati, pena l'eventualità di perdere il diritto all'erogazione delle prestazioni SNAP e/o di subire ulteriori sanzioni:

- Utilizzo di prestazioni SNAP per acquistare articoli diversi dagli alimenti, ad esempio alcol o sigarette;
- Utilizzo di prestazioni SNAP per pagare alimenti precedentemente acquistati a credito;
- Consenso all'utilizzo della tessera EBT da parte di terzi, in cambio di contanti, armi da fuoco, munizioni o esplosivi, o sostanze stupefacenti, oppure per acquistare cibo per persone non appartenenti al nucleo familiare beneficiario delle prestazioni SNAP;
- Utilizzo o possesso di tessere EBT di terzi, senza il consenso del titolare delle stesse.

Le persone ritenute colpevoli di aver commesso una Violazione intenzionale del programma (IPV) da un'udienza di esclusione amministrativa o da un tribunale federale, statale o locale, o che hanno firmato una rinuncia al diritto a un'udienza di esclusione amministrativa o a un accordo di consenso all'esclusione nei casi rinviati per l'azione penale, non sono idonee a partecipare a SNAP per un periodo di:

- 12 mesi per la *prima* IPV SNAP;
 - 24 mesi per la *seconda* IPV SNAP;
 - 24 mesi per la *prima* IPV SNAP a seguito di accertamento giudiziario da cui emerge che la persona ha utilizzato o ricevuto prestazioni SNAP in una transazione che comporta la vendita di sostanze controllate (droghe illegali o determinati farmaci per cui è obbligatoria la prescrizione medica); oppure
 - 120 mesi se viene accertato che una persona ha rilasciato false dichiarazioni sulla sua identità o sul luogo di residenza, al fine di ottenere più prestazioni SNAP contemporaneamente, salvo esclusione permanente a seguito di una terza IPV SNAP.
- Inoltre, un tribunale può sospendere la partecipazione a SNAP di una persona per altri 18 mesi.

Una persona potrebbe perdere definitivamente il diritto a ricevere le prestazioni SNAP per:

- La *prima* IPV SNAP a seguito di accertamento giudiziario da cui emerge che la persona ha utilizzato o ricevuto prestazioni SNAP in una transazione che comporta la vendita di armi da fuoco, munizioni o esplosivi;
- La *prima* IPV SNAP a seguito di accertamento giudiziario di traffico di prestazioni SNAP per un importo complessivo di almeno 500 dollari (per traffico si intende l'uso, il trasferimento, l'acquisizione, l'alterazione o il possesso in forma illegale di tessere di autorizzazione o dispositivi di accesso a SNAP);
- La *seconda* IPV SNAP a seguito di accertamento giudiziario da cui emerge che la persona ha utilizzato o ricevuto prestazioni SNAP in una transazione che comporta la vendita di sostanze controllate (droghe illegali o determinati farmaci per cui è obbligatoria la prescrizione medica); oppure
- Una *terza* IPV SNAP.

REQUISITO DI COMUNICAZIONE/VERIFICA DELLE SPESE DEL NUCLEO FAMILIARE – Il nucleo familiare è tenuto a comunicare le spese per l'assistenza all'infanzia e per le utenze, al fine di ottenere per le medesime una detrazione dal Programma di assistenza supplementare per l'alimentazione (SNAP). Il nucleo familiare deve segnalare e comprovare i pagamenti per affitto/mutuo, imposte immobiliari, assicurazione, spese mediche e mantenimento dei figli minori versati a una persona non appartenente al nucleo familiare, al fine di ottenere una detrazione SNAP per tali spese. La mancata segnalazione/verifica delle spese sarà considerata come una dichiarazione per cui il nucleo familiare non desidera usufruire

di una detrazione per le spese non segnalate/non verificate. Una detrazione per tali spese potrebbe far sì che il richiedente sia ritenuto idoneo alle prestazioni SNAP o ad un aumento delle prestazioni SNAP. È possibile segnalare/verificare queste spese in qualsiasi momento in futuro. La detrazione verrà quindi applicata al calcolo delle prestazioni SNAP nei mesi successivi, secondo le norme per la segnalazione di variazioni (vedere sopra, Segnalazione di variazioni).

RAPPRESENTANTE AUTORIZZATO DEL PROGRAMMA DI ASSISTENZA SUPPLEMENTARE PER L'ALIMENTAZIONE – È possibile autorizzare una persona che conosce le condizioni del nucleo familiare per presentare domanda per le prestazioni del Programma di assistenza supplementare per l'alimentazione (SNAP). È inoltre possibile autorizzare una persona non appartenente al nucleo familiare a ricevere le prestazioni SNAP per il richiedente e ad utilizzarle per acquistare alimenti per lo stesso. Se si desidera autorizzare qualcuno, occorre farlo per iscritto. Il richiedente può autorizzare una persona indicando nello spazio qui sotto, in stampatello, il nome, l'indirizzo e il numero di telefono della stessa e farla firmare nell'apposito spazio alla fine della presente domanda. Nei casi in cui la domanda viene presentata da un Rappresentante autorizzato per conto di un nucleo familiare SNAP che non risiede in un istituto, il Rappresentante autorizzato e un componente adulto responsabile del nucleo familiare SNAP devono entrambi apporre la firma e la data nell'apposita sezione alla fine della presente domanda, a meno che il Rappresentante autorizzato sia stato designato in altro modo, per iscritto, da parte del nucleo familiare SNAP.

NOME, INDIRIZZO E NUMERO DI TELEFONO DEL RAPPRESENTANTE AUTORIZZATO (SCRIVERE IN STAMPATELLO):

INDENNITÀ UTENZE STANDARD – Sono consapevole che chi riceve prestazioni di Assistenza pubblica e del Programma di assistenza supplementare per l'alimentazione (SNAP) appartiene a una categoria che ha diritto al Programma di assistenza energia abitativa (HEAP). Sono anche consapevole del fatto che, se non ho ricevuto una prestazione HEAP superiore a 20 dollari nel mese corrente o nei 12 mesi precedenti, né altre prestazioni simili per l'assistenza energetica, devo pagare separatamente il riscaldamento o l'aria condizionata per poter ricevere un'indennità utenze standard per riscaldamento/raffreddamento (vale a dire, una detrazione) per le prestazioni SNAP. Sono consapevole altresì del fatto che lo Stato utilizzerà il mio numero di previdenza sociale per verificare che ho ricevuto le prestazioni HEAP presso le aziende che mi forniscono alimentazione l'energia elettrica. La presente autorizzazione comprende inoltre il consenso rilasciato alle aziende fornitrici di energia (comprese utenze) a comunicare determinati dati statistici, tra cui, ad esempio, consumi elettrici, costo per l'energia elettrica, consumo di combustibile, tipo di combustibile, costo annuale del combustibile e riepilogo dei pagamenti, all'Ufficio di assistenza temporanea e invalidità (Office of Temporary and Disability Assistance, OTDA) dello Stato di New York, al locale distretto dei servizi sociali e al Dipartimento della salute e dei servizi alla persona (Department of Health and Human Services, HHS) degli Stati Uniti ai fini della misurazione dei risultati del Programma di assistenza energetica abitativa per le famiglie a basso reddito (Low Income Home Energy Assistance Program, LIHEAP).

COMUNICAZIONE DI INFORMAZIONI MEDICHE – Acconsento alla comunicazione di qualsiasi informazione medica riguardante me, o miei familiari per i quali posso esprimere il consenso, da parte del medico di base, di qualsiasi altro operatore sanitario o del Dipartimento della salute (Department of Health, DOH) dello Stato di New York al gestore del mio piano sanitario e a qualsiasi altro fornitore di assistenza sanitaria che si occupa di curare me o la mia famiglia, nella misura ragionevolmente necessaria affinché il gestore del mio piano sanitario o i miei fornitori eseguano i trattamenti, i pagamenti o le attività di assistenza sanitaria; dal gestore del mio piano sanitario e qualsiasi fornitore di assistenza sanitaria al DOH e altre agenzie federali, statali o locali ai fini della gestione dei programmi Medicaid; inoltre, dal gestore del mio piano sanitario ad altre persone o enti, nella misura ragionevolmente necessaria perché il gestore del mio piano sanitario esegua i trattamenti, i pagamenti o le attività di assistenza sanitaria. Autorizzo la comunicazione di qualsiasi informazione sanitaria che riguardi me o i miei familiari per i quali posso esprimere legalmente il consenso, relativamente alla fornitura di assistenza e servizi e alla mia idoneità alla partecipazione ad attività lavorative, compreso il lavoro dipendente, all'Ufficio di assistenza temporanea e disabilità (Office of Temporary and Disability Assistance, OTDA) dello Stato di New York, l'Ufficio per i servizi ai minori e alla famiglia (Office of Children and Family Services, OCFS) dello Stato di New York o il distretto dei servizi sociali locale, nella misura ragionevolmente necessaria per la fornitura di prestazioni di Assistenza pubblica, per servizi, compresi quelli per il welfare minorile, per la determinazione di assegnazioni di attività lavorative idonee, per la determinazione della necessità di compilare e presentare domanda di prestazioni per il Reddito supplementare di previdenza, per la determinazione di piani di trattamento adeguati per ripristinare l'idoneità al lavoro, e per la determinazione dell'idoneità alle esenzioni dal limite statale di sessanta mesi di tempo per ricevere assistenza in denaro. Se mi verrà chiesto di presentare domanda per prestazioni gestite dall'Amministrazione della previdenza sociale, le informazioni sopra specificate potrebbero essere comunicate alla stessa Amministrazione della previdenza sociale. Acconsento inoltre che le informazioni così comunicate possano comprendere informazioni su HIV, salute mentale o abuso di alcol o di sostanze riguardanti me e miei familiari, nella misura consentita dalla legge, a meno che non stata sia spuntata una casella pertinente. Se più di un adulto della famiglia parteciperà al piano sanitario Medicaid, è necessaria la firma di tutti i richiedenti per il consenso alla comunicazione di informazioni. Sono consapevole del fatto che la mia capacità di dare il consenso alla comunicazione di informazioni riguardanti figli minori per i quali esprimo il consenso, è limitata dalla misura in cui io posso ottenere informazioni riguardanti il trattamento, la diagnosi e le procedure per loro conto.

_____ Non comunicare informazioni relative a HIV/AIDS

_____ Non comunicare informazioni relative all'abuso di sostanze o alcol

_____ Non comunicare informazioni relative alla salute mentale

COMUNICAZIONE DI INFORMAZIONI A FORNITORI DI SERVIZI SANITARI – Autorizzo il distretto dei servizi sociali e lo Stato di New York a comunicare le informazioni con i fornitori di servizi sanitari, secondo le indicazioni del distretto dei servizi sociali o dello Stato di New York, relative alle prestazioni di Assistenza pubblica che io o qualsiasi altro componente del mio nucleo familiare, per il quale posso legalmente dare l'autorizzazione, abbiamo ricevuto o abbiamo diritto di ricevere ai fini di migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria fornita e del mio benessere e per facilitare l'erogazione di prestazioni alle quali io o qualsiasi membro del mio nucleo familiare potremmo avere diritto.

COMUNICAZIONE DI INFORMAZIONI PER IL PROGRAMMA PER L'INTERVENTO PRECOCE – Se mio figlio viene valutato idoneo – o partecipa – al Programma per l'intervento precoce (Early Intervention Program) dello Stato di New York, autorizzo il distretto dei servizi sociali e lo Stato di New York a comunicare le informazioni sulla sua idoneità a Medicaid alla mia contea o al Programma di intervento precoce del mio comune, ai fini della fatturazione da parte di Medicaid.

PROGRAMMA SANITARIO PER BAMBINI E ADOLESCENTI – Sono consapevole del fatto che se mio figlio risultasse idoneo a Medicaid, potrà ottenere l'assistenza sanitaria di base e preventiva completa, compresi tutti i trattamenti necessari, attraverso il Programma sanitario per bambini e adolescenti (Child/Teen Health Program). Posso richiedere ulteriori informazioni sul programma al distretto dei servizi sociali.

MEDICARE – Autorizzo a effettuare i pagamenti previsti da "Medicare" (parte B del Titolo XVIII, Programma supplementare di assicurazione sanitaria) direttamente ai medici o agli operatori sanitari in relazione a qualsiasi fattura futura relativa a prestazioni mediche e sanitarie di qualsiasi tipo non pagate fornite durante il periodo di idoneità a Medicaid.

RIMBORSO SPESE MEDICHE MEDICAID– Sono consapevole del fatto che nell'ambito della domanda Medicaid o entro due anni dalla data della stessa, ho diritto a chiedere il rimborso delle spese pagate per cure mediche, servizi e forniture oggetto di copertura e ricevute durante il trimestre precedente al mese della domanda. Sono consapevole che, successivamente alla data della domanda, il rimborso di cure, servizi e forniture mediche oggetto di copertura sarà possibile solamente se ricevuti da fornitori aderenti al piano Medicaid.

CESSIONE DI PRESTAZIONI ASSICURATIVE/ALTRE PRESTAZIONI E PAGAMENTI DIRETTI – Per quanto riguarda le prestazioni di Assistenza pubblica e Medicaid, acconsento a presentare qualsiasi richiesta di indennizzo relativa a prestazioni assicurative per malattia o infortuni e di perseguire qualsiasi richiesta di indennizzo per lesioni personali o qualsiasi altra risorsa a cui potrei avere diritto, e con la presente cedo tali risorse al distretto dei servizi sociali al quale viene presentata la domanda. Mi impegno inoltre a mettere a disposizione del distretto dei servizi sociali al quale viene presentata la domanda tutte le prestazioni cedute.

Autorizzo a versare i pagamenti dovuti a me o a miei familiari per prestazioni di indennizzo a seguito di malattia o infortuni direttamente al distretto dei servizi sociali competente per i servizi medici e altri servizi sanitari forniti durante il periodo di idoneità Medicaid.

RECUPERI MEDICAID –All'erogazione delle prestazioni Medicaid può essere iscritto un privilegio ed essere aggredita la proprietà immobiliare del richiedente, in determinate circostanze, se lo stesso si trova ricoverato definitivamente in una struttura sanitaria. La MA pagata per conto del richiedente può essere recuperata dalle persone che erano legalmente responsabili del mantenimento dello stesso al momento in cui gli sono state fornite le prestazioni sanitarie. La MA può recuperare il costo dei servizi e dei premi pagati erroneamente.

Sono consapevole del fatto che, dal 1° aprile 2014, se ricevo assistenza Medicaid attraverso il Dipartimento della salute dello Stato di New York:

- Non verrà imposto nessun diritto di prelazione su mie proprietà immobiliari prima della mia morte.
- La rivalsa sui miei immobili alla mia morte è limitata all'importo totale pagato da Medicaid per il costo dell'assistenza in case di cura, per servizi domiciliari e comunitari, e relative prestazioni ospedaliere e per i medicinali prescritti, ricevuti al compimento dei 55 anni o successivamente.

RECUPERI ASSISTENZA PUBBLICA –Le prestazioni di Assistenza pubblica (PA) ricevute per se stessi e per le persone della cui assistenza si è legalmente responsabili è recuperabile dal denaro che si possiede o si potrebbe acquisire. I rimborsi fiscali e le quote di vincite alla lotteria potrebbero essere acquisiti per rimborsare il debito per la PA.

AUTORIZZAZIONE AL RIMBORSO DI PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SOCIALE DA PAGAMENTI RETROATTIVI DI RENDITE PREVIDENZIALI INTEGRATIVE – Autorizzo il Commissario dell'Amministrazione della previdenza sociale (Social Security Administration, SSA) a utilizzare il mio primo pagamento di Reddito supplementare di previdenza (Supplemental Security Income, SSI), vale a dire il mio pagamento SSI retroattivo, per rimborsare il Distretto dei servizi sociali (Social Services District, SSD) locale per le prestazioni di Assistenza pubblica (PA) che lo stesso mi versa utilizzando fondi statali e locali, mentre la SSA decide sulla mia idoneità a ricevere l'SSI. La SSA non rimborserà l'SSD per le prestazioni PA pagate utilizzando fondi federali.

La presente autorizzazione sarà per me vincolante soltanto se lo Stato fornisce comunicazione alla SSA che io e un rappresentante SSD l'abbiamo firmata. Entro 30 giorni solari lo Stato deve fornire comunicazione dell'associazione tra la documentazione SSI e quella statale. Trascorso tale termine la SSA non accetterà ulteriori comunicazioni, ma provvederà al pagamento degli arretrati SSI secondo il suo regolamento.

Sarà possibile utilizzare solo il mio primo pagamento SSI. Se il mio primo pagamento è superiore all'importo dovuto all'SSD, la SSA mi invierà il resto secondo le sue norme.

La SSA può rimborsare l'SSD in due casi:

- (1) Rimborserà l'SSD se presento una domanda per SSI e la SSA decreta la mia idoneità.
- (2) Rimborserà l'SSD se le mie prestazioni SSI vengono ripristinate dopo essere state interrotte o sospese.

La SSA rimborserà all'SSD esclusivamente gli importi per le prestazioni PA che mi ha versato durante il periodo di attesa della decisione SSA relativamente alla mia idoneità, periodo noto come "assistenza provvisoria" (interim assistance). Il periodo inizia: 1) con il primo mese in cui ho diritto al pagamento delle prestazioni SSI, oppure 2) il primo giorno in cui le mie prestazioni SSI vengono ripristinate dopo essere state interrotte o sospese. Il periodo comprende il mese in cui i pagamenti SSI hanno effettivamente inizio. Se l'SSD non potrà interrompere il mio ultimo pagamento per prestazioni PA, il periodo terminerà il mese successivo.

Non più tardi di 10 giorni dopo che la SSA avrà rimborsato l'SSD, quest'ultimo deve inviarmi un avviso con la comunicazione dell'importo dell'assistenza provvisoria pagata. Nella comunicazione sarà inoltre riportato che la SSA mi invierà una lettera per avvisarmi in merito alla modalità in cui mi verrà inviato il denaro SSI rimanente dovutomi dalla stessa SSA e, nel caso non fossi d'accordo con una decisione statale, come posso fare ricorso contro la decisione in questione.

Secondo le sue norme, la SSA può utilizzare la data della firma della presente autorizzazione come data di inizio della mia idoneità a ricevere prestazioni SSI, ma lo farà solo se presento domanda per le prestazioni SSI entro i 60 giorni successivi.

La presente autorizzazione è valida per qualsiasi domanda SSI o per ogni mio ricorso attualmente in attesa di elaborazione presso la SSA. La presente autorizzazione decadrà dopo la decisione definitiva della pratica SSI che mi riguarda e quando la SSA mi avrà inviato il primo pagamento. Lo Stato ed io possiamo anche trovare un accordo per cessare l'autorizzazione. Se presenterò nuovamente la domanda per SSI dopo la cessazione della presente o se depositerò un nuovo ricorso per SSI mentre una domanda o un ricorso SSI sono ancora in fase di elaborazione, dovrò firmare una nuova autorizzazione conforme alle normative dello Stato di New York.

Se non sarò d'accordo con la decisione in merito al rimborso, potrò richiedere un'udienza imparziale.

Ho ricevuto una copia dell'opuscolo intitolato "Che cosa si deve sui programmi dei servizi sociali". Ho compreso quanto contenuto in merito all'assistenza provvisoria.

MANTENIMENTO – La presentazione della domanda o l'erogazione dei servizi di Assistenza familiare (Family Assistance, FA), Assistenza della rete di protezione (Safety Net Assistance, SNA) o Affidò ai sensi del Titolo IV-E equivale a cedere allo Stato e al distretto dei servizi sociali qualsiasi diritto al mantenimento proveniente da qualsiasi altra persona che richiedenti e/o beneficiari potrebbero detenere personalmente oppure per conto di qualsiasi altro familiare per cui richiedenti o beneficiari stiano presentando la domanda o ricevendo l'assistenza (Sezioni 158 e 348 della Legge sui servizi sociali). Questa cessione è limitata a determinate situazioni. Altre sezioni della presente domanda contengono ulteriori cessioni.

CESSIONE DI DIRITTI DI MANTENIMENTO – Sono consapevole che mi verrà fornito il modulo LDSS-5145, "Richiesta di servizi di mantenimento minori", da compilare e restituire all'Unità per l'obbligo di mantenimento. A meno che non si tratti di casi di violenza domestica o di altre buone cause, come condizione per ottenere l'assistenza, sono consapevole di essere tenuto a collaborare con l'Unità per l'esecuzione dell'obbligo di mantenimento per individuare qualsiasi genitore non affidatario, presunto o intenzionale; stabilire la paternità legale per ogni individuo di età inferiore ai 21 anni nato da genitori non sposati; e stabilire, modificare e/o far rispettare gli obblighi di mantenimento. Sono inoltre a conoscenza del fatto che mi verrà consegnato il modulo LDSS-4279, "Comunicazione dei diritti e dei doveri in merito al mantenimento", nel quale vengono indicate i miei diritti e doveri nel caso in cui non collabori con l'Unità per l'esecuzione dell'obbligo di mantenimento.

Cedo allo Stato e al distretto dei servizi sociali tutti i diritti a me spettanti per il mantenimento versato da persone legalmente responsabili per il mio mantenimento e tutti i diritti a me spettanti per il mantenimento per conto di qualsiasi familiare per il quale sto presentando la domanda o sto ricevendo assistenza. Quando si presenta la domanda o si ricevono prestazioni di Assistenza familiare o Assistenza della rete di protezione, la mia cessione dei diritti di mantenimento è limitata al mantenimento che matura durante il periodo in cui io e/o un mio familiare ricevo le prestazioni assistenziali. Tuttavia, qualsiasi diritto di mantenimento ceduto allo Stato per mio conto, o per conto di qualsiasi mio familiare, prima del 1° ottobre 2009 continua ad essere ceduto allo Stato.

PROGRAMMA DI ASSISTENZA ENERGETICA ABITATIVA – Sono consapevole che, firmando la presente domanda/certificazione, acconsento che vengano effettuati accertamenti finalizzati alla verifica o alla conferma delle informazioni da me fornite e altri accertamenti da parte di qualsiasi agenzia governativa autorizzata in relazione alle prestazioni del Programma di assistenza energetica 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. La presente autorizzazione comprende inoltre il consenso rilasciato alle aziende fornitrici di energia (comprese utenze) a comunicare determinati dati statistici, tra cui, ad esempio, consumi elettrici, costo per l'energia elettrica, consumo di combustibile, tipo di combustibile, costo annuale del combustibile e riepilogo dei pagamenti, all'Ufficio di assistenza temporanea e invalidità (Office of Temporary and Disability Assistance, OTDA) dello Stato di New York, al locale distretto dei servizi sociali e al Dipartimento della salute e dei servizi alla persona (Department of Health and Human Services, HHS) degli Stati Uniti ai fini della misurazione dei risultati del Programma di assistenza energetica abitativa per le famiglie a basso reddito (Low Income Home Energy Assistance Program, LIHEAP).

INFORMAZIONI SULLE MOLESTIE SESSUALI – Se si è vittima di molestie sessuali, si ha diritto a chiedere informazioni per sapere come far presente la cosa al distretto di servizi sociali. Se si chiedono informazioni per sapere a chi rivolgersi, il distretto di servizi sociali deve fornire gli indirizzi e i numeri telefonici di tutti: 1) gli ospedali locali che offrono servizi certificati dal Dipartimento della salute dello Stato di New York di esami forensi in caso di molestie sessuali; 2) i centri locali per le emergenze in caso di molestie sessuali; e 3) i servizi di difesa, consulenza e linee telefoniche dirette locali, ai quali possano rivolgersi le vittime di molestie sessuali. Inoltre, il distretto di servizi sociali deve fornire i numeri telefonici della linea diretta dello Stato di New York per le molestie sessuali e la violenza domestica (NYS Hotline for Sexual Assault and Domestic Violence): (800) 942-6906 e (800) 818-0656 (TTY).

CERTIFICAZIONE PER PRESTAZIONI DI ASSISTENZA ALL'INFANZIA – Contestualmente alla presentazione della domanda per ricevere prestazioni di Assistenza all'infanzia (Child Care Assistance), certifico che le risorse della mia famiglia non superano 1.000.000 di dollari.

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, sotto pena di spergiuro, che le informazioni da me fornite o che fornirò al distretto dei servizi sociali sono complete e veritiere.			
FIRMA DEL RICHIEDENTE	DATA DELLA FIRMA	FIRMA DEL CONIUGE O DEL TUTORE	DATA DELLA FIRMA
x		x	
FIRMA DEL RAPPRESENTANTE AUTORIZZATO	DATA DELLA FIRMA		
x			

COMPILARE LA PRESENTE SEZIONE SOLO SE SI DESIDERA RITIRARE LA DOMANDA IN RELAZIONE A UNO O PIÙ PROGRAMMI.

Esprimo il consenso a *ritirare* la domanda per:

- ☐ Assistenza pubblica (PA) ☐ Assistenza all'infanzia in sostituzione della PA ☐ Programma di assistenza supplementare per l'alimentazione (SNAP) ☐ Medicaid e SNAP
- ☐ Medicaid e PA ☐ Servizi, compresi Affidò ☐ Assistenza all'infanzia ☐ Solo assistenza d'emergenza

Sono a conoscenza di avere la possibilità di ripresentare la domanda in qualsiasi momento.

FIRMA DEL RICHIEDENTE/RAPPRESENTANTE AUTORIZZATO

DATA DELLA FIRMA

x



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?"

- ☐ 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 양식을 원하시면 1-800-367-8683

으로 전화 하십시오.

যদি আপনি এই ফর্মটিংরেজীতেপেতেচানতাহলে 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? ☐ YES ☐ NO If you answered NO , do not complete this form	A) Will you be 18 years old on or before election day? ☐ YES ☐ 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? ☐ YES ☐ NO If you answered NO to both of the prior questions, you cannot register to vote.		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
5	Address where you get your mail (if different than above)		P.O. Box, Star Route, etc.		Zip Code
6	Date of Birth	Gender (optional)	7	8	Telephone (optional)
10	The last year you voted	Your address was (give house number, street and city)		9	
	In county/state	Under the name (if different from your name now)			
11	Political Party I wish to enroll in a political party ☐ Democratic party ☐ Republican party ☐ Conservative party ☐ Working Families party ☐ Other _____ I do not wish to enroll in any political party and wish to be an independent voter ☐ No party	12			
		Affidavit: I swear or affirm that - 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 ☐ M ☐ F	
Eye Color	Height	
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

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.

Important!

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.