



Richiesta di benefici per il programma SNAP (Supplemental Nutrition Assistance Program)

ISTRUZIONI PER COMPLETARE IL MODULO DI RICHIESTA

- Cerchi di rispondere al maggior numero possibile di domande.
- Nella pagina 1 del modulo di richiesta indichi il Suo numero telefonico al quale è reperibile durante i giorni feriali o dove Lei si può lasciare un messaggio.
- Si ricordi di firmare il modulo di richiesta prima di presentarlo.
- Si assicuri di leggere le sezioni Avviso di Diritti, Responsabilità e Sanzioni.
- Può presentare una richiesta incompleta indicando il nome e indirizzo nella pagina 1 e la firma nella pagina 6 e completare il resto della richiesta successivamente. Queste informazioni essenziali costituiranno la data di acquisizione della Sua richiesta. Può quindi spedire il tutto a: DTA Document Processing Center, P.O. Box 4406, Taunton MA 02780-0420 oppure inviarlo via fax al (617) 887-8765.
- La data di entrata in vigore delle prestazioni SNAP sarà quella della data della richiesta.

DOVRÀ SOSTENERE UN COLLOQUIO: il DTA esaminerà la Sua richiesta alla ricezione e La contatterà per discutere delle informazioni da Lei fornite.

Nota: se il DTA non riuscirà a contattarLa, riceverà una lettera con data e orario per un colloquio telefonico.

DOVRÀ PRESENTARE LA DOCUMENTAZIONE PROBATORIA: nel corso del colloquio, il DTA Le spiegherà quali documenti e informazioni dovrà fornire per ricevere le prestazioni SNAP. Il DTA Le invierà una lista di controllo per la verifica di quanto dovrà presentare. Avrà 30 giorni dalla data della ricezione della Sua richiesta per fornirci i documenti di cui abbiamo bisogno. Si assicuri di rivolgersi al DTA per assistenza se ha problemi nell'ottenere tali documenti probatori che potrà spedire a: DTA Document Processing Center, P.O. Box 4406, Taunton, MA 02780-0420 o via fax al (617) 887-8765.

DECISIONE: riceverà una decisione in merito alla Sua richiesta entro 30 giorni.

Stacchi e conservi questa pagina.

Di quali documenti avrò bisogno?

Questa è la maggior parte dei documenti di cui avrò bisogno all'atto della richiesta delle prestazioni SNAP:

- **Identificazione comprovante il Suo nome e indirizzo:**
Se non ha un indirizzo, deve dirci dove dimora.
- **Prova del reddito:**
Una lettera di indennizzo o una dichiarazione di versamento diretto di reddito non da lavoro, compresi gli importi di reddito con interesse e la frequenza dei pagamenti. Se lavora, presenti le ultime buste paga, eventuali dichiarazioni di versamento diretto o copie di assegni.
- **Numeri di previdenza sociale per tutti i membri che fanno richiesta**
- **Prova dello stato di non-cittadino:**
Se non è un cittadino USA, è tenuto a dimostrare la prova dello stato legale di non-cittadino.
- **Prova di determinate spese:** benché facoltativa, se dimostra di avere sostenuto una delle seguenti spese, le sue prestazioni SNAP potrebbero essere maggiori:
 - **Spese mediche**
Se Lei o chiunque nel Suo nucleo familiare ha 60 o più anni di età o ha una disabilità certificata, le *spese mediche non rimborsabili devono essere verificate* con ricevute di pagamento dei ticket sanitari o premi sull'assicurazione sanitaria, o ricevute per dentiere, occhiali da vista, ausili per l'udito con relative batterie, farmaci prescrittibili, analgesici prescritti dal medico o farmaci da banco e ricevute per il trasporto per recarsi e tornare da strutture mediche.
 - **Pagamenti per il mantenimento dei figli**
Prova, come i documenti del tribunale, dei pagamenti per il mantenimento dei figli corrisposti a qualcuno che non vive con Lei e l'importo corrisposto.

Indichi, inoltre, se sostiene una qualsiasi delle spese indicate di seguito (l'informazione è facoltativa, ma potrebbe consentirLe di ricevere prestazioni SNAP maggiori):
 1. **Costi di alloggio:** pagamenti per affitto o mutuo, tasse immobiliari o assicurazione sulla casa
 2. **Utenze:** gasolio da riscaldamento per la casa, gas, elettricità, telefono (compresi cellulari) o altre spese per utenze come spazzatura, legno o carbone
 3. **Spese di assistenza all'infanzia o assistenza ad un adulto non autonomo:** assistenza in casa o fuori casa

Per ulteriori informazioni su come poter ottenere prestazioni SNAP, chiamare la linea diretta SNAP al numero 1-877-382-2363.



Massachusetts Department of Transitional Assistance
SNAP (Programma di Assistenza Alimentare Supplementare) semplificato
Richiesta per anziani
 (Individui e coppie di almeno 60 anni di età)

Informazioni del richiedente

1. Compilare i campi con le seguenti informazioni personali.

Nome (Cognome, Nome, iniziale del secondo nome)		N. Prev. Soc.:
Numero telefonico	Possiamo contattarLa durante il giorno a questo numero? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Data di nascita:
Indirizzo (Via, Nr. appartamento)		<input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina
Città, Stato, CAP		
Indirizzo postale (se diverso)		Al momento è senz'altro? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

2. La Sua etnia/razza: queste informazioni sono raccolte per assicurare a tutti un trattamento equo. La Sua risposta è volontaria e non condiziona la Sua idoneità o l'importo delle prestazioni.

Etnia: Ispanico o Latino-americano Sì No

Razza: (*contrassegnare tutte le voci pertinenti*)

Indiano d'America o nativo dell'Alaska Asiatico Nero o afro-americano
 Nativo delle Hawaii o altro isolano del Pacifico Bianco

Lingua parlata: Indichi la lingua che parla _____

3. È cittadino statunitense? Sì No

4. È residente del Massachusetts? Sì No

5. È affetto da una situazione particolare? Contrassegni tutte le caselle pertinenti.

Impedimento fisico/mentale Impedimento uditivo Impedimento visivo
 Richiesta di interprete Richiesta lingua dei segni Altro _____

6. Qualcuno l'aiuta a inserire queste informazioni? Sì No

Nome della persona che presta assistenza _____ Numero telefonico della persona che presta assistenza _____

Informazioni sul nucleo familiare

7. È coniugato/a? Sì No

8. Se sì, il Suo coniuge vive con Lei? Sì No

9. Ha figli di età inferiore ai 22 anni che vivono con Lei? Sì No

10. Altre persone condividono vitto e alloggio con Lei? Sì No

11. Elenchi le persone che vivono con Lei.

Nome	Cognome	N. Prev. Soc.	Data di nascita	Sesso	Cittadino statunitense	Parentela o rapporto con Lei
					<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
					<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
					<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	

Informazioni finanziarie

12. Lei o qualcun altro nel Suo nucleo familiare ricevete uno dei seguenti tipi di reddito?

Tipo di reddito	Importo del reddito	Frequenza del reddito (Settimanale, bisettimanale o mensile)	Nome della persona che riceve il reddito
Previdenza Sociale	\$	mensile	
Benefici per i disabili	\$	mensile	
Pensione	\$		
Programmi di sostegno per i veterani militari	\$		
Indennizzo da infortunio sul lavoro	\$		
Reddito da lavoro	\$		
Altro (specificare) _____	\$		
Altro (specificare) _____	\$		

13. Paga spese di assistenza ad adulti? Sì No

14. Paga qualsiasi altra spesa medica come ricette, farmaci da banco, ausili per diabetici, occhiali da vista, spese dentistiche, ausili acustici, ecc.? Sì No

15. Quanto paga per l'affitto o il mutuo ogni mese? \$ _____

16. Sostiene una o più delle spese seguenti?

1. Pago per riscaldare la mia casa (gasolio, gas, elettricità o propano, ecc.) o ne condivido i costi con altri. Sì No

2. Ho un condizionatore d'aria che uso in estate e pago l'elettricità o ne condivido i costi con altri. Sì No

3. Ho un condizionatore d'aria che uso in estate e pago un canone per usarlo. Sì No

4. Pago l'elettricità o gas, o condivido questo costo con altri. Sì No

5. Pago il servizio telefonico, incluso il servizio di telefonia mobile (esclusi i telefoni prepagati).

Sì No

Rappresentante autorizzato

17. Desidera che qualcun altro richieda o riceva la carta SNAP per acquistare cibo per Lei? Sì No

Cognome:	Nome:	Iniziale secondo nome:	Indirizzo:	Numero telefonico:

SNAP prioritario

PUÒ RICEVERE PRESTAZIONI SNAP ENTRO SETTE GIORNI IN UNO DEI SEGUENTI CASI:

- Il Suo reddito e conto bancario totalizzano meno della Sue spese domestiche mensili? Sì No
- Il Suo reddito mensile è inferiore a \$150 e il saldo del Suo conto bancario è di \$100 o meno? Sì No
- È un lavoratore immigrante e il saldo del Suo conto bancario è inferiore a \$100? Sì No

AVVISO SU DIRITTI, RESPONSABILITÀ E SANZIONI (LEGGERE ATTENTAMENTE)

Certifico sotto pena di spergiuo di aver letto, o che mi sono state lette, le informazioni contenute in questa richiesta e le mie risposte alle domande in questa richiesta e che tali risposte sono veritiere e complete per quanto a mia conoscenza. Certifico inoltre sotto pena di spergiuo che le risposte concernenti qualsiasi supplemento che potrò compilare in futuro saranno veritiere e complete per quanto a mia conoscenza. Prendo atto che rendere falsa testimonianza o dichiarazioni fuorvianti, celare o astenersi dal rivelare fatti, verbalmente o per iscritto, per ottenere l'idoneità al programma SNAP costituisce frode, una violazione intenzionale del programma ed è punibile con sanzioni civili e penali.

Prendo atto che le informazioni che fornisco con la mia richiesta saranno soggette a verifica da parte di funzionari ufficiali federali, statali e locali, per stabilire se tali informazioni siano veritiere; se qualsiasi informazione risultasse falsa, le prestazioni SNAP possono essere negate e io posso essere sottoposto ad un'azione penale per aver fornito consapevolmente informazioni false.

Prendo atto che il Dipartimento di Assistenza Transitoria (Department of Transitional Assistance-DTA) amministra il programma SNAP e che il DTA ha 30 giorni dalla data della richiesta per esaminare la richiesta stessa. Prendo atto di dovere riferire al DTA qualsiasi modifica in termini di reddito, beni, indirizzo, sistemazione abitativa, dimensioni della famiglia, impiego o qualsiasi altra modifica del mio nucleo familiare che possa condizionare la nostra idoneità. Prendo atto di dover riferire queste modifiche al DTA in persona, per iscritto o per telefono **entro 10 giorni dalla modifica** a meno che non mi sia consentito dal DTA di segnalare modifiche secondo le norme dello *SNAP Annual Reporting* o le norme del *Transitional Benefits Alternative* (TBA).

Prendo atto di avere il diritto di rivolgermi a un supervisore, se sono considerato inidoneo per le prestazioni SNAP prioritarie e sono in disaccordo, oppure se sono considerato idoneo per un servizio prioritario ma non ricevo i benefici SNAP entro il settimo giorno di calendario dalla data in cui ho fatto richiesta per il programma SNAP.

Prendo atto che se decido di riferire le spese per il mantenimento dei figli o per la cura di un'altra persona non autonoma, affitto/mutuo, altre spese di alloggio o utenze, potrei ricevere prestazioni SNAP maggiori. Inoltre, prendo atto che se corrispondo un assegno per il mantenimento dei figli a una persona che non fa parte del mio nucleo familiare, posso segnalare e fornire la prova di questa spesa al DTA. Se non segnalo o verifico le spese sopra elencate, potrei ricevere meno prestazioni SNAP ogni mese e ciò sarà interpretato come una mia affermazione che il mio nucleo familiare non desidera ricevere una deduzione per le spese non segnalate o non verificate.

Prendo atto inoltre che, se ho almeno 60 anni di età o se sono disabile e pago delle spese mediche, posso segnalare e verificare queste spese al DTA. Ciò potrebbe rendermi idoneo per una deduzione del reddito e un aumento delle prestazioni SNAP.

Prendo atto che firmando in calce, tutti i membri del mio nucleo familiare di età compresa tra 16 e 59 anni sono automaticamente iscritti e registrati nel programma di impiego e formazione SNAP (SNAP Employment and Training Program, SNAP/E&T). L'iscrizione automatica SNAP/E&T consente ai membri del nucleo familiare di accedere facilmente ai servizi SNAP/E&T. I membri del nucleo familiare non esenti riceveranno avviso di requisiti di lavoro, riceveranno spiegazioni sulle esenzioni e sanzioni per non conformità e verranno segnalati ad un'attività di impiego, se del caso.

Firmando questo modulo, autorizzo il DTA a verificare e controllare le informazioni che ho fornito associate alla mia idoneità all'assistenza. Autorizzo il DTA a ottenere qualsiasi documento o dato e a verificare le informazioni riportate in questa richiesta con altre agenzie, compreso agenzie federali e statali, autorità di alloggio locali, organizzazioni assistenziali di altri stati, istituti finanziari e da *Equifax Workforce Solutions* che fornisce informazioni salariali al DTA. Autorizzo inoltre queste agenzie a dare al DTA informazioni sul mio nucleo familiare inerenti le prestazioni SNAP.

Il Dipartimento può negare, interrompere o ridurre le prestazioni in base alle informazioni nel rapporto di *Equifax Workforce Solutions*, un'agenzia di valutazione della solvibilità. Ho il diritto di ricevere una copia gratuita del mio rapporto di Equifax se lo richiedo entro 60 giorni dalla decisione del Dipartimento. Ho il diritto di contestare l'accuratezza o la completezza delle informazioni nel mio rapporto. Posso contattare Equifax a: Equifax Workforce Solutions, 11432 Lackland Road, St. Louis, MO 63146, 1-800-996-7566 (numero verde).

Prima di ricevere l'approvazione per le prestazioni, lo stato di immigrazione può essere verificato tramite *United States Citizenship and Immigration Services* (USCIS), in passato noto come INS. Prendo atto che il DTA può inoltrare le informazioni dalla mia richiesta SNAP all'USCIS e che qualsiasi informazione ricevuta dall'USCIS può condizionare l'idoneità del mio nucleo familiare e l'importo dei benefici.

Prendo atto che firmando in calce autorizzo anche il DTA a condividere le informazioni su di me e familiari a mio carico di età inferiore ai 19 anni con il Department of Elementary and Secondary Education (DESE) in modo tale che i familiari a mio carico siano automaticamente certificati per i programmi di colazione e pranzo scolastici. Inoltre, autorizzo il DTA a condividere informazioni su di me, i familiari a mio carico di età inferiore ai 5 anni e qualsiasi donna incinta nel mio nucleo familiare con il Department of Public Health (DPH) in modo tale che questi individui siano segnalati al programma *Women, Infants and Children* (WIC) per i servizi alimentari.

Prendo atto che firmando in calce autorizzo il DTA e il Massachusetts Executive Office of Health and Human Services a condividere informazioni sulla mia idoneità a ricevere prestazioni di assistenza pubblica con società fornitrici di elettricità, gas e vettori di telecomunicazioni idonei come previsto dagli accordi della privacy stipulati da queste compagnie al solo scopo di certificare la mia idoneità a tariffe ridotte per i servizi di utenza. Autorizzo inoltre il DTA a condividere le mie informazioni con il Department of Housing and Community Development (DHCD) allo scopo di iscrivermi all'*Heat & Eat Program*.

Prendo atto che riceverò una copia dell'opuscolo "Your Right to Know" [Il tuo diritto di sapere] e del programma SNAP, che devo leggere o mi devo far leggere, e che sono tenuto a comprendere il contenuto del medesimo, nonché i miei diritti e responsabilità. Per qualsiasi domanda sugli opuscoli o su qualsiasi di queste informazioni o per eventuali problemi a leggere o a capire queste informazioni, mi rivolgerò al DTA chiamando l'1-877-382-2363.

Giuro inoltre che tutti i membri del mio nucleo familiare partecipante al programma SNAP che richiedono prestazioni SNAP sono cittadini statunitensi o non-cittadini in posizione regolare.

Diritto di iscrizione per votare

Prendo atto di avere il diritto di iscrivermi per votare al DTA. Prendo atto che il DTA mi aiuterà a compilare il modulo di richiesta di iscrizione per votare se desidero assistenza e che mi si consente di compilare il modulo di iscrizione per votare in privato.

Prendo atto che chiedere o rifiutare l'iscrizione per votare non condiziona l'importo dell'assistenza che ricevo dal DTA.

Avvertenza di sanzioni SNAP

Prendo atto che se io o qualsiasi membro del mio nucleo familiare partecipante al programma SNAP violasse consapevolmente anche una sola e qualsiasi delle norme sotto elencate, quella persona potrebbe essere esclusa dal programma SNAP per un anno alla prima violazione, due anni alla seconda violazione e definitivamente alla terza violazione. Tale persona potrebbe essere esclusa dal programma SNAP da un minimo di un anno a definitivamente, ricevere una multa sino a 250.000 dollari, reclusione sino a 20 anni o entrambi. Inoltre potrebbe essere perseguita legalmente come stabilito da altre leggi applicabili federali e statali. Tale persona potrebbe anche essere esclusa dal programma SNAP per altri 18 mesi se così stabilito dal tribunale. Queste norme sono le seguenti:

- Non fornire false informazioni o celare informazioni per ottenere prestazioni SNAP.
- Non scambiare o vendere prestazioni SNAP.
- Non alterare le carte EBT per ottenere prestazioni SNAP che non si ha diritto a ricevere.
- Non utilizzare prestazioni SNAP per acquistare oggetti a cui non si ha diritto, come bevande alcoliche e tabacco.
- Non utilizzare prestazioni SNAP o la carta EBT di altri, a meno che non si sia un rappresentante autorizzato.

Prendo anche atto delle seguenti sanzioni:

- Coloro che commettono una violazione intenzionale del programma (Intentional Program Violation, IPV) di un **programma di contributi in contanti** che viene confermata in una udienza di esclusione amministrativa (Administrative Disqualification Hearing, ADH), saranno esclusi dallo SNAP per lo stesso periodo in cui l'individuo è escluso dall'assistenza sotto forma di contributi in contanti.
- Coloro che rilasciano dichiarazioni fraudolente o erronee sulla loro identità o luogo di residenza per ricevere più prestazioni SNAP *simultaneamente* saranno esclusi dal programma SNAP per **dieci anni**.
- Coloro che scambiano (acquistano o vendono) prestazioni SNAP per un farmaco illecito/sostanza controllata, saranno esclusi dal programma SNAP per un periodo di **due anni** per la prima violazione e **definitivamente** per la seconda violazione.
- Coloro che scambiano (acquistano o vendono) prestazioni SNAP per armi da fuoco, munizioni o esplosivi, saranno esclusi dal programma SNAP **definitivamente**.
- Coloro che scambiano (acquistano o vendono) prestazioni SNAP con un valore di almeno \$500, saranno esclusi dal programma SNAP **definitivamente**.
- Lo stato può perseguire un IPV contro un individuo che fa un'offerta per la vendita di prestazioni SNAP o una carta EBT online o di persona.
- Individui in fuga per evitare incriminazioni, custodia o l'arresto dopo la condanna per un reato, o che violano una condizione di libertà condizionata e vigilata, non sono *idonei* a partecipare al programma SNAP.
- Coloro che non si attengono senza giusta causa ai requisiti di lavoro SNAP saranno esclusi dal programma SNAP per un periodo di **tre mesi** per la prima violazione, **sei mesi** per la seconda violazione e **dodici mesi** per la terza violazione. Se si riscontra che l'individuo che non si è attenuto per una terza volta a tali requisiti è il responsabile del nucleo familiare partecipante al programma SNAP, l'intero nucleo familiare perderà il diritto a partecipare al programma SNAP per un periodo di **sei mesi**.

- Pagare gli alimenti acquistati a credito non è consentito e può comportare l'esclusione dal programma SNAP.
- Non si possono acquistare prodotti con prestazioni SNAP con l'intento di eliminarne il contenuto e restituire i contenitori per ottenerne contanti.

Diritto ad un interprete

Prendo atto di avere diritto ad un interprete fornito dal DTA se nel mio nucleo familiare partecipante al programma SNAP nessun adulto è in grado di parlare o capire l'inglese. Prendo inoltre atto di poter ricevere un interprete per qualsiasi udienza equa DTA o procurarmene uno io stesso. Se ho bisogno di un interprete per un'udienza, devo contattare la Divisione delle Udienze almeno una settimana prima della data dell'udienza.

Dichiarazione di non discriminazione

Il Dipartimento dell'Agricoltura statunitense proibisce la discriminazione contro i suoi clienti, dipendenti e richiedenti di impiego in base a razza, colore, origine nazionale, età, disabilità, sesso, identità di genere, religione, rappresaglia e, laddove applicabile, credi politici, stato civile, familiare o genitoriale, orientamento sessuale o dal fatto che tutto o parte del reddito di un individuo derivi da qualsiasi programma di assistenza pubblica o informazioni genetiche protette nell'impiego o in qualsiasi programma o attività condotti o finanziati dal Dipartimento. (Non tutte le basi proibite si applicheranno a tutti i programmi e/o attività d'impiego).

Se desidera presentare un reclamo per discriminazione al programma dei Diritti Civili, completi il modulo di Reclamo di Discriminazione del programma USDA, reperibile online su http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, o presso qualsiasi ufficio USDA, o chiami (866) 632-9992 per chiedere il modulo. Può anche scrivere una lettera contenente tutte le informazioni richieste nel modulo. Spedisca per posta il modulo di reclamo completato o la lettera a U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, via fax al (202) 690-7442 o per e-mail a program_intake@usda.gov.

Le persone audiolese, con problemi all'udito o disturbi del linguaggio possono contattare l'USDA tramite il Federal Relay Service all'(800) 877-8339; o (800) 845-6136 (spagnolo).

Per qualsiasi altra informazione relativa a questioni associate al programma SNAP (Supplemental Nutrition Assistance Program), contattare la Linea Diretta SNAP USDA all'(800) 221-5689, disponibile anche in spagnolo o chiamare le linee dirette del proprio stato (cliccare il link per un elenco di linee dirette per stato), reperibili online su http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm.

L'USDA è un fornitore e datore di lavoro che rispetta le pari opportunità.

La legge del Massachusetts inoltre proibisce la discriminazione, compresa la discriminazione basata sull'ascendenza. Per presentare reclamo in Massachusetts contattare: Massachusetts Commission Against Discrimination, One Ashburton Place, Sixth Floor, Room 601, Boston, MA 02108; Phone: (617) 994-6000; TTY: (617) 994-6196.



FIRMA DEL RICHIEDENTE: firmando questa richiesta, quivi certifico sotto pena di spergiuro di aver letto (o che mi sono state letti) e di aver compreso e accettato "Diritti e responsabilità" e che le risposte in questa richiesta e qualsiasi ulteriore documento che dovessi fornire al Dipartimento in futuro sono veritiere e complete per quanto a mia conoscenza. Ho letto l'Avvertenza di sanzioni SNAP nella mia lingua madre, o mi è stata letta o tradotta. Certifico inoltre che tutti i membri del mio nucleo familiare partecipante al programma SNAP che chiedono prestazioni SNAP sono cittadini statunitensi o non-cittadini in posizione regolare.

Firma del richiedente: _____ **Data:** _____