



Massachusetts Department of Transitional Assistance
PRESTAZIONI SNAP PER LEI E PER LA SUA FAMIGLIA
FACCIA RICHIESTA OGGI STESSO! È PIÙ FACILE DI QUANTO CREDA!



COME FARE LA RICHIESTA

Per fare domanda per ricevere prestazioni SNAP, deve compilare questa richiesta e spedirla a: DTA (Department of Transitional Assistance) Document Processing Center, P.O. Box 4406, Taunton, MA 02780-0420 oppure inviarla via fax al 617-887-8765. Per ulteriori informazioni può chiamare il numero 1-877-382-2363 o visitare il sito web www.mass.gov/dta. La domanda per ricevere prestazioni SNAP si può anche presentare sul sito www.mass.gov/vg/selfservice.

IMPORTANTE: accetteremo la Sua richiesta se contiene quanto meno il Suo nome e indirizzo (se ne ha uno) nella pagina 1 e la Sua firma nella pagina 8. Queste informazioni essenziali costituiranno la data di acquisizione della Sua richiesta. Tuttavia dovrà fornire le restanti informazioni nel modulo e fisseremo un colloquio con Lei per stabilire la Sua idoneità. Le prestazioni vengono erogate con decorrenza dalla data della richiesta.

Cerchi di rispondere a tutte le domande della richiesta. Più informazioni abbiamo, più rapidamente saremo in grado di avviare la Sua pratica. Se non è sicuro del significato di una domanda o di come rispondere, lasci lo spazio vuoto e ne parleremo durante il colloquio. Dopo aver ricevuto la Sua richiesta, La contatteremo per un colloquio e Le faremo altre domande. Questo colloquio avrà luogo in un ufficio o per telefono. Se ha bisogno di un interprete che La aiuti a compilare questo modulo o per il colloquio, non ha che da informarci e gliene verrà fornito uno. Di seguito elenchiamo ciò che dovrà fornire per la Sua richiesta. La preghiamo di consultare l'elenco e procurarsi la documentazione necessaria.

PUÒ RICEVERE LE PRESTAZIONI SNAP ENTRO 7 GIORNI IN UNO DEI SEGUENTI CASI:

- Il Suo reddito e conto bancario totalizzano meno delle 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 migrante e il saldo del Suo conto bancario è inferiore a \$100? sì no

Le chiediamo del Suo conto bancario per valutare se abbia diritto a ricevere prestazioni SNAP prioritarie. Non Le sarà chiesto di dare prova del saldo bancario. Se decidiamo che Lei non ha diritto a ottenere le prestazioni SNAP entro 7 giorni (servizio prioritario) e Lei non fosse d'accordo, oppure se venisse ritenuto idoneo per il servizio prioritario ma non ricevesse le prestazioni SNAP entro il settimo giorno di calendario dalla data della richiesta, ha diritto a esporre il caso a un supervisore.

Per fare richiesta di prestazioni SNAP, deve documentare il Suo reddito, le Sue spese e fornire altre informazioni. È sufficiente che documenti le informazioni che La riguardano. Per esempio, se non ha un lavoro, non deve preoccuparsi del reddito da lavoro citato nell'elenco sottostante.

Quando riceverà le prestazioni SNAP, Le verrà assegnato un conto, simile a un conto bancario. Ogni mese, le sue prestazioni SNAP Le saranno accreditate sul conto. Per usare le prestazioni SNAP, riceverà una carta EBT che utilizzerà come carta bancomat o di credito. La Sua privacy è importante e l'utilizzo della carta EBT aiuta a mantenere tale privacy. Potrà utilizzare la Sua carta EBT presso negozi di alimentari, drogherie, mercati e cooperative. La carta è utilizzabile allo stesso modo in cui acquista alimenti con carta di debito/bancomat o di credito.

Cosa deve procurare, se La riguarda, per ricevere prestazioni SNAP

1. **Prova dell'identità:** patente di guida, certificato di nascita o altra prova dell'identità.
2. **Prova della residenza in Massachusetts:** ricevuta di affitto corrente, locazione, estratto conto del mutuo, documenti fiscali, assicurazione sulla casa o bollette di utenza. Se non ha un'abitazione, in alternativa può procurare la carta di circolazione di autoveicolo, una dichiarazione di una struttura di accoglienza, della persona con cui dimora temporaneamente o una conferma verbale o scritta di qualcuno che possiamo contattare che conosca la Sua situazione.
3. **Reddito da lavoro:** buste paga o dichiarazione scritta del datore di lavoro su carta intestata, che mostrino il reddito al lordo per le ultime quattro settimane.
4. **Altro reddito:** copia più recente dell'assegno di Previdenza Sociale o copia di lettera di indennizzo, prova di assegno di disoccupazione, indennizzo per infortuni sul lavoro, pensione, mantenimento dei figli o alimenti.
5. **Lavoratore indipendente:** dichiarazione dei redditi federale più recente (modulo "Schedule C") o gli ultimi tre mesi dei libri contabili.
6. **Reddito da affitto:** se viene pagato per l'affitto di una camera o di un appartamento, una copia del contratto di affitto o una dichiarazione dal Suo affittuario che evidenzia l'importo dell'affitto corrisposto.
7. **Stato di non-cittadino:** per tutti i non-cittadini statunitensi che facciano richiesta di prestazioni SNAP, carta verde o altro documento d'immigrazione.
8. **Pagamenti per il mantenimento dei figli:** se corrisponde assegni di mantenimento a qualcuno che non vive con Lei, deve provare l'obbligo legale di eseguire tale pagamento, come un decreto del tribunale o le dichiarazioni dei redditi che indichino i pagamenti di mantenimento obbligati legalmente, verifica di trattenute da assegni di disoccupazione e l'importo corrisposto.

Cose che può fornire, se La riguardano, per ricevere prestazioni SNAP maggiori. *Le norme SNAP Le consentono di dedurre determinate spese dal Suo reddito contabile.*

1. **Costi di alloggio:** ricevuta di affitto o estratto conto del mutuo, tasse immobiliari o polizza assicurativa sulla casa.
2. **Utenze:** gasolio da riscaldamento per la casa, gas, elettricità, telefono (compreso cellulari) o altre spese di utenza come spazzatura, legno o carbone.
3. **Spese di assistenza all'infanzia o di assistenza ad un adulto non autonomo:** assistenza in casa o fuori casa.
4. **Spese mediche:** se Lei o qualcuno 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.

Nota: per determinati nuclei familiari, come quelli con i membri esclusi dal programma, sarà chiesto di fornire informazioni e la verifica di conti bancari e altri beni.

Dopo il colloquio, riceverà un elenco di ciò che dovrà esibire. **Buste paga, bollette di utenza e altri documenti probatori non devono risalire a oltre quattro settimane dal giorno di presentazione della richiesta.**



Richiesta di prestazioni SNAP

Fonte: (marcarne una sola)

-
- CEO
-
- Project Bread
-
- DMH
-
-
- DMR
-
- BMC
-
- Food Pantry
-
-
- MRC
-
- Altro _____



1. Informazioni sulla Sua persona (Compilare tutte le caselle) Se non ha la cittadinanza USA e sceglie di **NON** fare richiesta di prestazioni SNAP, non ci occorrerà il Suo numero di Previdenza Sociale o status di immigrazione.

Cognome	Nome	Iniziale del secondo nome	Numero di previdenza sociale
---------	------	---------------------------	------------------------------

Questo nome è il Suo (contrassegnare una voce) Nome alla nascita Nome da nubile Nome da coniugata
 Nome da un matrimonio precedente Pseudonimo

Data di nascita	Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	È incinta? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
-----------------	---	--

Stato civile (contrassegnarne solo uno) Coniugato/a Mai coniugato/a Divorziato/a
 Separato/a Vedovo/a

Qual è la Sua lingua preferita?

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 caselle pertinenti)

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

Ha una situazione particolare? (Contrassegnare tutte le caselle del caso).

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

2. Informazioni su dove vive e come contattarla (Rispondere a tutte le caselle).

Indirizzo corrente	Via e numero civico	Numero appartamento	Città, Stato, CAP
--------------------	---------------------	---------------------	-------------------

Al momento è senzate? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	Il Suo attuale indirizzo è temporaneo? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
	Il Suo attuale indirizzo è quello postale? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no

Se si tratta di un indirizzo temporaneo, indichi il Suo indirizzo permanente.

Se ha un indirizzo postale diverso, lo indichi.

Tipo di abitazione in cui vive

- Alloggio privato Alloggio pubblico Pensione commerciale
 Alloggio transitorio Struttura residenziale Alloggio fornito dal datore di lavoro
 Programma di accoglienza per ragazze madri adolescenti Campeggio per immigrati Ricovero
 Alloggi provvisori (per es. automobile, tenda) Alloggi per studenti (per es. dormitorio)

2. Informazioni su dove vive e come contattarLa (continuo dalla pagina precedente)

Se ha un indirizzo e-mail, si prega di indicarlo: _____

Numero/i telefonico/i **durante il giorno**

(_____) _____ - _____ (_____) _____ - _____

Momento migliore per raggiungerLa telefonicamente: Orario: _____

Contrassegnare tutti i giorni possibili: Lunedì Martedì Mercoledì Giovedì Venerdì

3. Persona che L'assiste nella richiesta

Cognome	Nome	Iniziale del secondo nome	Numero telefonico
Via e numero civico		Città/Paese	Stato CAP

4. Rappresentante autorizzato

Desidera autorizzare questa persona a fare richiesta oppure a ottenere prestazioni SNAP per Lei? sì no

5. Clausola di rinuncia al colloquio di persona

Se non è in grado di recarsi presso l'ufficio DTA per un colloquio, contrassegni tutte le ragioni del caso.

- Anziano/Disabile Problemi di trasporto Lavoro durante le ore d'ufficio del DTA
 Assistenza all'infanzia/Assistenza al membro del nucleo familiare disabile Altro _____

IMPORTANTE: si assicuri di indicare il Suo numero telefonico nella pagina 1. Dobbiamo essere in grado di contattarLa per eventuali domande sulla Sua richiesta o per un colloquio telefonico.

6. Domande relative allo stato di cittadinanza

- a. Lei e tutti i membri del Suo nucleo familiare siete cittadini statunitensi per nascita o naturalizzazione? sì no
Se Sì, passare alla Domanda 7. Se No, passare alla sottostante Parte b.
- b. Secondo le norme SNAP (106 CMR 362.220), un non-cittadino che non sia in grado o disposto a fornire informazioni sullo status di immigrazione e/o numero di Previdenza Sociale, a causa dello stato di immigrazione non è tenuto a farlo. Questo non-cittadino non sarà idoneo a ricevere prestazioni SNAP. Tuttavia, i restanti membri del nucleo familiare possono fare richiesta di prestazioni.

1. Elencare qualsiasi membro del nucleo familiare che decida di **NON** fare richiesta di prestazioni SNAP:

2. Contrassegnare la casella, se tutti i membri decidono di fare richiesta:

7. Informazioni sulle persone con cui Lei vive - Elencare tutti coloro che vivono con Lei, tranne Lei. (Se necessario, allegare un foglio a parte.) I non-cittadini che vivono con Lei e decidono di non fare richiesta di prestazioni SNAP non sono obbligati a fornire il loro numero di Previdenza Sociale o lo status di immigrazione.					
Cognome	Nome	Iniziale del secondo nome	Data di nascita	Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Parentela o rapporto con Lei
Acquistate e preparate insieme il cibo? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no		Questa persona fa richiesta di prestazioni SNAP? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no		Numero di previdenza sociale	
Stato civile				È incinta? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	

Cognome	Nome	Iniziale del secondo nome	Data di nascita	Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Parentela o rapporto con Lei
Acquistate e preparate insieme il cibo? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no		Questa persona fa richiesta di prestazioni SNAP? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no		Numero di previdenza sociale	
Stato civile				È incinta? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	

Cognome	Nome	Iniziale del secondo nome	Data di nascita	Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Parentela o rapporto con Lei
Acquistate e preparate insieme il cibo? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no		Questa persona fa richiesta di prestazioni SNAP? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no		Numero di previdenza sociale	
Stato civile				È incinta? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	

8. Con Lei vivono uno **o più bambini di età inferiore ai 18 anni che non siano Suoi figli** e che **non** siano sotto la Sua supervisione e controllo? sì no
Se **sì**, chi? _____
9. Con Lei vive un **affittuario o pensionante** (persona che paga per vitto o vitto e alloggio)? sì no
Se **sì**, come si chiama questa persona? _____
10. Il Suo nucleo familiare percepisce **pagamenti di affidamento** per chiunque viva con Lei? sì no
Se **sì**, per chi vengono eseguiti i pagamenti? _____
11. Lei o chiunque viva con Lei è **residente di uno stato diverso dal Massachusetts** o di un paese diverso dagli USA o intende lasciare il Massachusetts? sì no
Se **sì**, chi non è residente o intende lasciare lo stato? _____
12. Lei o chiunque viva con Lei **NON è cittadino statunitense**? sì no
13. Lei o chiunque viva con Lei che sia maggiorenne e cittadino statunitense e residente del Massachusetts desidera **isciversi per votare**? sì no
Se **sì**, chi desidera iscriversi? _____
14. Lei o chiunque viva con Lei è fisicamente o mentalmente **disabile** temporaneamente o a lungo termine? sì no
Se **sì**, chi è disabile? _____

15. Reddito da lavoro

Lei o chiunque viva con Lei al momento lavora o ha lavorato negli ultimi 60 giorni? sì no

Se **sì**, completare la seguente sezione. (Se necessario, allegare un foglio a parte).

IMPORTANTE: si raccomanda di completare questa sezione se Lei o chiunque viva con Lei è un lavoratore autonomo.

Cognome		Nome		Nome, indirizzo e numero telefonico del datore di lavoro			
Qualifica	Data inizio	Data fine	Paga oraria \$ _____	Ore settimanali	Mance settimanali \$ _____	Frequenza di pagamento	Lavoro fisso? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no

Se il lavoro è terminato, ultimo giorno di lavoro ____/____/____

Registrare qui le informazioni salariali più recenti:

Da	Data	A	Importo lordo	Ore
			\$ _____	
			\$ _____	
			\$ _____	

16. Altro reddito

Lei o chiunque viva con Lei ha diritto a ricevere **qualsiasi altro tipo di reddito** come indennità di disoccupazione, mantenimento dei figli, previdenza sociale, benefici per i disabili, indennizzo per infortuni sul lavoro, programmi di sostegno per i veterani militari, pensioni o reddito da affitto? sì no

Se **sì**, completare la seguente sezione. (Se necessario, allegare un foglio a parte).

Nome	Tipo di reddito	Importo	Frequenza di ricezione	Data di inizio del reddito

17. Lei o chiunque viva con Lei ha l'obbligo legale (provato da un decreto del tribunale) di corrispondere un **assegno per il mantenimento dei figli** ad un figlio che non vive con Lei? sì no

Pagato con quale frequenza? Mensilmente Settimanalmente Importo \$ _____

18. Lei o chiunque viva con Lei sostiene **spese per l'assistenza all'infanzia o agli adulti non autonomi**? sì no

Pagate con quale frequenza? Mensilmente Settimanalmente Importo \$ _____

19. Lei o chiunque viva con Lei che abbia almeno 60 anni o che sia disabile sostiene **spese di assicurazione sanitaria**? sì no

Pagate con quale frequenza? Mensilmente Settimanalmente Importo \$ _____

20. Lei o chiunque viva con Lei che abbia almeno 60 anni o che sia disabile ha **spese mediche non rimborsabili**?
 sì no Se **sì**, completare la seguente sezione.

Nome	Tipo	Frequenza di pagamento	Importo	Data di inizio pagamento

21. Spese di alloggio	
Quale tipo di spese di alloggio sostiene?	
Affitto/Mutuo	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no Importo di affitto/mutuo al mese \$ _____
Tasse di proprietà	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
Altro	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no

22. Spese di utenza
Che tipo di spese di utenza paga separatamente dal Suo affitto?
1. Pago per riscaldare la mia casa (gasolio, gas, elettricità o propano, ecc.) o ne condivido i costi con altri. <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
2. Ho un condizionatore d'aria che uso in estate e pago l'elettricità o ne condivido i costi con altri. <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
3. Ho un condizionatore d'aria che uso in estate e pago un canone per usarlo. <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
4. Pago l'elettricità o il gas, o condivido questo costo con altri. <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
5. Pago per il servizio telefonico, incluso il servizio di telefonia mobile (esclusi telefoni prepagati). <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no

AVVISO SU DIRITTI, RESPONSABILITÀ E SANZIONI (LEGGERE ATTENTAMENTE)

Certifico sotto pena di spergiuro 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 spergiuro 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 le prestazioni 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 delle prestazioni.

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 udiolese, 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 pergiuro 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 _____