

**Programma di assistenza alimentare supplementare SNAP (*Supplemental Nutrition Assistance Program*)**

**Richiesta per anziani** (individui e coppie di almeno 60 anni di età)

**Come si fa a presentare la richiesta per i sussidi alimentari SNAP?**

* Spedire questa richiesta al seguente indirizzo:

DTA Document Processing Center

P.O. Box 4406

Taunton, MA 02780-0420

* Inviare questa richiesta per fax al numero:

(617) 887-8765

* Presentarsi a un ufficio DTA di zona

Accertarsi di:

* Indicare un numero telefonico a cui è possibile chiamare durante i giorni feriali.
* Rispondere a quante più possibili domande. Se non si sa come rispondere a una domanda, lasciare lo spazio vuoto e ne parleremo durante il colloquio. **Accetteremo la richiesta se riporta il nome, l’indirizzo (se disponibile) e la firma del richiedente.**
* Leggere l’avviso su diritti, responsabilità e sanzioni.
* Firmare l’ultima pagina.

Per ricevere ulteriori informazioni o assistenza chiamare il numero   
**1-833-712-8027** oppure visitare il nostro sito web: www.mass.gov/dta.

**Che cosa succede dopo che ho presentato la richiesta?**

La contatteremo per un colloquio per discutere la Sua richiesta.

* Se non riusciremo a contattarLa, Le spediremo una lettera per informarLa di un colloquio telefonico su appuntamento.

**Nota:** La preghiamo di informarci se non sarà disponibile per il colloquio telefonico programmato o se preferisce presentarsi presso un ufficio DTA. Può chiamarci riguardo al colloquio in qualsiasi momento durante gli orari di ufficio.

* Se non parla inglese, provvederemo a fornirLe un interprete.

*Per ulteriori informazioni volti pagina. Conservi questo foglio.*

SNAP-App-Seniors (Italian)(Rev. 9/2018) i

09-369-0918-05

Potremmo chiederLe una **verifica (prova)** di alcune informazioni. Durante il colloquio Le indicheremo quali informazioni occorrono, inoltre Le spediremo un elenco. Ha 30 giorni dalla data di ricezione in cui riceviamo la Sua richiesta per fornirci i documenti necessari. Non esiti a informarci se ha bisogno di assistenza.

Le informazioni che potremmo chiederLe sono:

* Identità (i dati personali)
* Verifica della residenza nel Massachusetts
* Reddito: guadagni o redditi da lavoro autonomo, programma di assistenza per veterani militari o pensione
* Stato di non-cittadino se non ha la cittadinanza statunitense e fa richiesta di sussidi alimentari SNAP
* Spese mediche (queste informazioni non sono obbligatorie, ma potrebbero darLe diritto a ulteriori prestazioni SNAP se ci fornisce una verifica)

Se con questa richiesta ci fornirà informazioni sull’alloggio e sulle spese di assistenza per adulti non autonomi, potremmo non aver bisogno di chiederLe ulteriori verifiche.

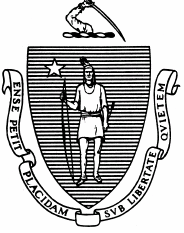
Se necessario Le spediremo inoltre una carta EBT (*Electronic Benefit Transfer*, trasferimento elettronico dei sussidi). Potrà ricevere questa carta prima che decidiamo se è idoneo a ricevere sussidi alimentari. Riceverà anche un numero PIN (*Personal Identification Number*) da utilizzare con la carta EBT, in modo da poter usufruire dei sussidi non appena sono disponibili se risulta idoneo. Insieme alla carta EBT Le invieremo anche spiegazioni su come utilizzarla.

**Prenderemo una decisione riguardo alla Sua richiesta e Le spediremo una lettera entro 30 giorni.** Se la richiesta è approvata, Le comunicheremo l’importo dei sussidi e quando li riceverà. Se la richiesta è respinta, Le spiegheremo il motivo.

*Per ulteriori informazioni volti pagina. Conservi questo foglio.* ***Massachusetts Department of Transitional Assistance***

SNAP-App-Seniors (Italian)(Rev. 9/2018) ii

09-369-0918-05



**Richiesta di sussidi alimentari SNAP per anziani**

(individui e coppie di almeno 60 anni di età)

**Potrebbe ricevere i sussidi alimentari SNAP entro 7 giorni in uno dei seguenti casi:**

* Il Suo reddito e i soldi in banca ammontano a meno delle Sue spese domestiche mensili (comprese le bollette delle utenze)?  Sì  No
* Il Suo reddito mensile è inferiore a $150 e i soldi in banca sono $100 o meno  Sì  No
* È un lavoratore migrante e i soldi in banca sono $100 o meno?  Sì  No

**Informazioni personali**

|  |  |
| --- | --- |
| Cognome Nome Iniziale del secondo nome | Numero di previdenza sociale (SSN)   * - |
| Numero telefonico: | Maschio  Femmina |
| Momento preferibile in cui contattarLa telefonicamente:  Orario: Mattino Pomeriggio  Contrassegnare tutti giorni possibili:  Lunedì  Martedì  Mercoledì  Giovedì  Venerdì | Data di nascita: |
| Indirizzo abitazione | È senzatetto?  Sì  No |
| Città, Stato, CAP |  |
| Indirizzo postale (se diverso): |  |
| Qual è la Sua madrelingua? | |

SNAP-App-Seniors (Italian)(Rev. 9/2018) 1

09-369-0918-05

1. Etnia/razza: queste informazioni sono raccolte per assicurare a tutti un trattamento equo. La Sua risposta è volontaria e non condizionerà la Sua idoneità o l’importo dei sussidi alimentari.

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  Bianco

Nativo delle Hawaii o altre Isole del Pacifico

1. È cittadino statunitense?  Sì No
2. Risiede nel Massachusetts?  Sì No
3. Ha bisogno di aiuto a causa di una disabilità? Possiamo fornirLe ulteriore assistenza (agevolazioni) per facilitare la collaborazione con noi.  Sì No
4. Lei o qualcuno nel suo nucleo familiare ha esperienza militare?  Sì No

**Informazioni sul nucleo familiare**

1. Con Lei vivono altre persone?  Sì No

Se Sì, mangiate insieme più della metà dei pasti?  Sì No

1. Elenchi le persone che vivono con Lei. **Non è tenuto a fornirci il numero di previdenza sociale o stato di cittadinanza dei non-cittadini che non fanno richiesta di SNAP, anche se vivono con Lei.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Cognome Nome Iniziale del secondo nome | | Maschio  Femmina |
| Grado di parentela o rapporto con Lei | | Data di nascita: |
| Cittadino U.S.A.?  Sì No | Numero di previdenza sociale (SSN)  **- -** | |

SNAP-App-Seniors (Italian)(Rev. 9/2018) 2

09-369-0918-05

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Cognome Nome Iniziale del secondo nome | | Maschio  Femmina |
| Grado di parentela o rapporto con Lei | | Data di nascita: |
| Cittadino U.S.A.?  Sì No | Numero di previdenza sociale (SSN)  **- -** | |

**Informazioni finanziarie**

1. Di seguito riporti le informazioni sul Suo reddito e su quello delle persone che vivono con Lei.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tipo di reddito** | **Importo** | **Frequenza di ricezione** (settimanale, bisettimanale, mensile, ecc.) | **Nome della persona che riceve il reddito** |
| Previdenza sociale | $ | mensile |  |
| Reddito previdenziale supplementare per disabili (SSI, S*upplemental Security Income*) | $ | mensile |  |
| Pensione | $ |  |  |
| Programma di assistenza per i veterani militari | $ |  |  |
| Indennizzo per infortunio | $ |  |  |
| Reddito da impiego | $ |  |  |
| Disoccupazione | $ |  |  |
| Altro (specificare) | $ |  |  |

1. Deve pagare l’assistenza per un adulto non autonomo?  Sì No

Se Sì, quanto paga? \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ogni \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (settimana, mese, anno, ecc.)

1. Si sposta in auto per raggiungere un centro di assistenza per adulti non autonomi?  Sì No

Se Sì, indirizzo dell’operatore del servizio di assistenza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numero di volte \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (settimana, mese, anno, ecc.)

1. Deve pagare spese mediche non rimborsabili?  Sì No

Sono compresi ticket sanitari, farmaci prescritti dal medico o da banco, occhiali da vista, cure dentistiche, batterie per apparecchi acustici, ecc.

1. Si sposta in auto per le visite dal medico o in farmacia?  Sì No

SNAP-App-Seniors (Italian)(Rev. 9/2018) 3

09-369-0918-05

Se Sì, indirizzo del medico o della farmacia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numero di volte \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (settimana, mese, anno, ecc.)

Deve pagare il parcheggio, $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ogni \_\_\_\_\_\_\_ (settimana, mese, anno, ecc.)

1. Paga l’affitto?  Sì  No

Se Sì, quanto paga per:

L’affitto $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ogni \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (settimana, mese, anno, ecc.)

1. È proprietario di una casa?  Sì  No

Se Sì, quanto paga per:

Mutuo $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ogni \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (mese, anno, ecc.)

Assicurazione sulla casa $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ogni \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (mese, anno, ecc.)

Tasse immobiliari $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ogni \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (mese, anno, ecc.)

Tasse condominiali $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ogni \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (mese, anno, ecc.)

1. Sostiene una o più delle spese seguenti?

* Riscaldamento (gasolio, metano, elettricità o propano, ecc.)  Sì No
* Elettricità per aria condizionata  Sì No
* Quota per l’uso dell’aria condizionata  Sì No
* Elettricità e/o gas  Sì No
* Servizio telefonico fisso o cellulare  Sì No

**Consenso al trattamento dei dati personali per una persona o organizzazione   
che aiuta con la richiesta**

1. Qualcuno La sta aiutando a presentare la richiesta di sussidi alimentari SNAP? Ci riferiamo a questa persona come Persona/Organizzazione Assistente.  Sì  No

Desidera autorizzare questa persona/organizzazione a parlare con il DTA e a condividere dati riservati sul Suo caso fino a un anno dalla data in cui viene firmata questa richiesta?

Sì  No

Se Sì, elenchi i dati di seguito:

Nome della persona o organizzazione: Telefono della persona o organizzazione:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SNAP-App-Seniors (Italian)(Rev. 9/2018) 4

09-369-0918-05

Indirizzo della persona o organizzazione: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**NOTA: Un assitente non può sostenere il colloquio necessario per la richiesta per conto del Suo nucleo familiare.**

**Rappresentante autorizzato**

1. Desidera autorizzare una persona a:

* Firmare la richiesta e altri moduli, segnalare cambiamenti e discutere con noi del Suo caso?  Sì  No
* Ricevere una carta EBT per fare la spesa per Lei utilizzando i sussidi alimentari SNAP?  Sì  No

Questa persona è chiamata rappresentante autorizzato. Se la risposta è Sì, compili le sue informazioni di seguito.

|  |  |
| --- | --- |
| Cognome Nome Iniziale del secondo nome | Maschio  Femmina |
| Grado di parentela o rapporto con Lei | Data di nascita: |
| Numero telefonico di questa persona |  |
| Indirizzo di questa persona |  |
| Firma di questa persona |  |

**Importante:** la persona scelta deve dare prova della sua identità. Questa richiesta può essere annullata o modificata in qualsiasi momento. Le carte EBT continueranno a funzionare se un caso viene riaperto dopo essere stato chiuso. Se non vuole autorizzare la persona scelta a ricevere e utilizzare i Suoi sussidi alimentari, ci chieda di cancellare la carta, chiamando il numero 1-800-997-2555 per cancellare la carta EBT o il numero 1-833-712-8027 per cancellare un rappresentante autorizzato.

**Avviso su diritti, responsabilità e sanzioni – Si prega di leggere attentamente**

SNAP-App-Seniors (Italian)(Rev. 9/2018) 5

09-369-0918-05

Certifico di aver letto, o che mi sono state lette, le informazioni contenute in questa richiesta e che le mie risposte alle domande in questa richiesta sono veritiere e complete per quanto a mia conoscenza. Certifico inoltre che le informazioni che fornirò al Dipartimento durante il colloquio per la presentazione della mia richiesta e in futuro saranno veritiere e complete per quanto a mia conoscenza. Prendo atto che rendere falsa testimonianza o dichiarazioni fuorvianti, falsare o astenersi dal dichiarare fatti per ottenere l’idoneità al programma SNAP costituisce frode, risulta in una violazione intenzionale del programma ed è punibile con sanzioni civili e penali.

**Prendo atto che il Dipartimento di assistenza transitoria (DTA, *Department of Transitional Assistance*) amministra il programma SNAP e ha 30 giorni dalla data della richiesta per esaminare la richiesta stessa. Prendo atto inoltre che:**

* La legge sull’alimentazione e la nutrizione (*Food and Nutrition Act*) del 2008 (7 U.S.C. 2011-2036) autorizza il DTA a utilizzare il mio numero di previdenza sociale (*Social Security Number*, SSN) e quello di ciascun membro del nucleo familiare per cui si fa la richiesta. Il DTA utilizza queste informazioni per stabilire se il mio nucleo familiare ha diritto al programma SNAP e verifica tali informazioni mediante programmi informatici di controllo crociato. Prendo atto inoltre che il DTA utilizza queste informazioni per tenere sotto controllo l’osservanza delle normative del programma.
* Generalmente i nuclei familiari soggetti alle norme SNAP *Simplified Reporting* devono riferire al DTA qualsiasi variazione nella segnalazione intermedia (*Interim Report*, IR) e al momento della ricertificazione, con le seguenti eccezioni:
  + Se il reddito del mio nucleo familiare supera la soglia del reddito lordo
  + Se sono soggetto ai requisiti lavorativi di adulto non disabile senza persone a carico e le mie ore di lavoro sono inferiori a 20 ore settimanali
* Se il DTA riceve informazioni verificate sul mio nucleo familiare, l’importo dei sussidi potrebbe cambiare.
* Se non sono soggetto alle regole SNAP *Simplified Reporting* o *Transitional Benefits Alternative* (TBA), sono tenuto a riferire al DTA qualsiasi cambiamento del mio nucleo familiare che potrebbe condizionare la nostra idoneità. Prendo atto che devo riferire tali variazioni al DTA di persona, per iscritto o per telefono **entro 10 giorni dal cambiamento**. Per esempio, occorre segnalare cambiamenti di reddito, dimensioni della famiglia o indirizzo.
* Ho diritto a rivolgermi a un supervisore se il DTA conclude che non sono idoneo a ricevere sussidi alimentari SNAP prioritari e sono in disaccordo, oppure se sono considerato idoneo a ricevere sussidi alimentari SNAP prioritari, ma non li ricevo entro il settimo giorno di calendario dalla data in cui ho fatto richiesta per il programma SNAP. Posso parlare con un supervisore se sono idoneo a ricevere i sussidi alimentari SNAP ma non ricevo la carta EBT entro il settimo giorno di calendario dalla data in cui ho fatto la domanda per SNAP.
* Potrei ricevere una maggiore quantità di sussidi alimentari SNAP se decido di riferire e fornire una verifica al DTA di:
  + Spese per il mantenimento dei figli o per la cura di altre persone non autonome, spese di alloggio e/o di utenze
  + Assegno di mantenimento dei figli versato per legge a una persona che non fa parte del nucleo familiare
* 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 darmi diritto a una detrazione e a un aumento dei sussidi SNAP.

SNAP-App-Seniors (Italian)(Rev. 9/2018) 6

09-369-0918-05

* A meno che siano esenti, tutti i beneficiari SNAP di età compresa tra 16 e 59 sono iscritti e soggetti ai requisiti generali di idoneità SNAP. I beneficiari SNAP di età compresa tra 18 e 49 possono anche essere soggetti ai requisiti del programma di idoneità per adulti non disabili senza persone a carico. Il DTA informerà i membri del nucleo familiare non esenti circa i requisiti di idoneità. Il DTA informerà i membri del nucleo familiare non esenti circa le eccezioni e sanzioni per inadempienza.
* La maggior parte dei beneficiari SNAP può partecipare volontariamente a servizi di formazione professionale tramite il programma SNAP *Path to Work*. Se opportuno, il DTA fornirà segnalazioni al programma SNAP *Path to Work.*
* Per scopi di assunzione, il DTA può anche condividere i nomi e i recapiti dei beneficiari SNAP con i fornitori del programma SNAP *Path to Work*. Prendo atto che membri del mio nucleo familiare potrebbero essere contattati da personale autorizzato o da esperti del programma DTA SNAP *Path to Work* per esaminare le possibilità di partecipazione al programma. Per ulteriori informazioni sul programma SNAP *Path to Work*, La invitiamo a visitare il sito www.snappathtowork.org.

**Prendo atto che le informazioni che fornisco con la mia richiesta saranno soggette a verifica per stabilire che siano veritiere. Se qualsiasi informazione risultasse falsa, il DTA potrebbe rifiutare il mio accesso ai sussidi SNAP. Potrei anche essere sottoposto a un’azione penale per aver fornito informazioni false.**

Firmando questa richiesta autorizzo il DTA a verificare ed esaminare le informazioni che ho fornito associate alla mia idoneità ai sussidi SNAP; in particolare autorizzo a:

* Ottenere documenti per verificare le informazioni riportate in questa richiesta presso altre agenzie statali e federali, autorità di alloggio locali, organizzazioni assistenziali di altri stati, istituti finanziari ed *Equifax Workforce Solutions*. Autorizzo inoltre queste agenzie a dare al DTA informazioni sul mio nucleo familiare che riguardano i miei sussidi SNAP.
* Se applicabile, verificare il mio stato di immigrazione con l’ufficio *United States Citizenship and Immigration Services* (USCIS). Prendo atto che il DTA può verificare le informazioni della mia richiesta di prestazioni SNAP presso l’USCIS e che qualsiasi informazione ricevuta dall'USCIS può condizionare l’idoneità del mio nucleo familiare e l’importo dei sussidi SNAP.
* Condividere 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 autorizzati ad avvalersi di programmi di colazione e pranzo scolastici.
* Condividere informazioni su di me, i familiari a mio carico di età inferiore ai 5 anni e chi sia in stato di gravidanza nel mio nucleo familiare con il *Department of Public Health* (DPH). DPH segnala queste persone al programma *Women, Infants and Children* (WIC) perché usufruiscano di servizi alimentari.
* Condividere informazioni con il *Massachusetts Executive Office of Health and Human Services* sulla mia idoneità a ricevere sussidi SNAP presso società fornitrici di elettricità, gas e fornitori di servizi telefonici e via cavo idonei, allo scopo di attestare la mia idoneità a tariffe ridotte per i servizi di utenza.
* Condividere le mie informazioni con il *Department of Housing and Community Development* (DHCD) allo scopo di iscrivermi al programma *Heat & Eat*.

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

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

SNAP-App-Seniors (Italian)(Rev. 9/2018) 7

09-369-0918-05

Giuro inoltre che tutti i membri del mio nucleo familiare partecipanti al programma SNAP che richiedono sussidi SNAP sono cittadini statunitensi o non-cittadini residenti legalmente.

**Diritto di iscrizione per votare**

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

Prendo atto che chiedere o rifiutare l’iscrizione per votare non condizionerà l’importo dei sussidi 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 non avrà diritto al programma SNAP per *un anno* alla prima violazione, *due anni* alla seconda violazione e *definitivamente* alla terza violazione. Tale persona potrebbe anche ricevere una multa sino a 250.000 dollari, reclusione sino a 20 anni o entrambe. Inoltre potrebbe essere perseguita legalmente come stabilito da altre leggi federali e statali applicabili. Queste norme sono le seguenti:

* Non fornire false informazioni o celare informazioni per ottenere sussidi SNAP.
* Non scambiare o vendere sussidi SNAP.
* Non alterare le carte EBT per ottenere sussidi SNAP che non si ha diritto a ricevere.
* Non utilizzare sussidi SNAP per acquistare articoli a cui non si ha diritto, come bevande alcoliche e tabacco.
* Non utilizzare sussidi 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** non avranno diritto al programma SNAP per lo stesso periodo in cui l’individuo non ha diritto all’assistenza sotto forma di contributi in contanti.
* Coloro che rilasciano dichiarazioni fraudolente sulla loro identità o luogo di residenza per ricevere più sussidi SNAP *simultaneamente* non avranno diritto a partecipare al programma SNAP per ***dieci anni***.
* Coloro che scambiano (acquistano o vendono) sussidi SNAP per avere un farmaco illecito/sostanza controllata non avranno diritto al programma SNAP per ***due anni*** per la prima violazione, e ***definitivamente*** per la seconda violazione.
* Coloro che scambiano (acquistano o vendono) sussidi SNAP per avere armi da fuoco, munizioni o esplosivi non avranno diritto al programma SNAP ***definitivamente***.
* Coloro che scambiano (acquistano o vendono) sussidi SNAP per un valore di almeno $500 non avranno diritto al programma SNAP ***definitivamente***.
* Lo Stato può intentare un IPV contro un individuo che fa un’offerta per la vendita di sussidi SNAP o una carta EBT online o di persona.
* Individui in fuga per evitare incriminazioni, custodia o 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.
* Pagare gli alimenti acquistati a credito non è consentito e può comportare l’esclusione dal programma SNAP.

SNAP-App-Seniors (Italian)(Rev. 9/2018) 8

09-369-0918-05

* Non si possono acquistare prodotti con sussidi SNAP con l’intento di eliminarne il contenuto e restituire i contenitori per ottenerne contanti.

**Diritto a un interprete**

Prendo atto di avere diritto a 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**

La legge federale sui diritti civili e le norme e disposizioni in materia di diritti civili del dipartimento dell’agricoltura statunitense (*U.S. Department of Agriculture*, USDA) proibisce all’USDA e alle sue agenzie, uffici e dipendenti e agli istituti che partecipano o amministrano i programmi USDA di discriminare in base a razza, colore, paese di provenienza, sesso, credo religioso, disabilità, età, fede politica, o come ritorsione per precedenti attività di diritti civili in qualsiasi programma o attività condotti o finanziati dall’USDA.

Le persone con disabilità che necessitano di mezzi di comunicazione alternativi per ricevere le informazioni sul programma (es. Braille, stampa a grandi caratteri, registrazione audio, lingua dei segni, ecc.) sono invitate a rivolgersi all’agenzia statale o locale presso la quale hanno presentato richiesta di sussidi. Le persone audiolese, con problemi all’udito o disturbi del linguaggio possono contattare l’USDA tramite il *Federal Relay Service* al numero (800) 877-8339. Inoltre le informazioni sul programma potrebbero essere disponibili in altre lingue oltre all’inglese.

Se desidera presentare un reclamo per discriminazione, compili il modulo di reclamo per discriminazioni del programma USDA (*USDA Program Discrimination Complaint Form*) (AD-3027) reperibile online sul sito: <http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html>, o presso qualsiasi ufficio USD, oppure scriva una lettera indirizzata all’USDA contenente tutte le informazioni richieste nel modulo. Per richiedere una copia del modulo di reclamo, chiami il numero (866) 632-9992. Spedisca il modulo compilato o la lettera:

(1) per posta: U.S. Department of Agriculture

Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW

Washington, D.C. 20250-9410;

(2) via fax: (202) 690-7442;

(3) per e-mail: program.intake@usda.gov.

Questo istituto rispetta le pari opportunità.

SNAP-App-Seniors (Italian)(Rev. 9/2018) 9

09-369-0918-05

FIRMA DEL RICHIEDENTE: **firmando questa richiesta, certifico di aver compreso e accettato “Diritti e responsabilità”.**

**Firma del richiedente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

