



# Massachusetts

## Richiesta di prestazioni SNAP



Come si fa a presentare la richiesta per le prestazioni SNAP?	
•	Carica su <a href="#">DTA Connect</a>
•	Invia un fax al numero <b>617-887-8765</b>
•	Per posta all'indirizzo: <b>DTA Document Processing Center, P.O. Box 4406, Taunton, MA 02780-0420</b>
•	Esegui una scansione presso un ufficio <b>DTA</b> di zona

Cognome:	Nome:	Secondo nome:
Indirizzo abitazione:		Città, Stato, CAP:
Indirizzo postale (se diverso):		Città, Stato, CAP:
Numero telefonico:	È senz'altro? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	

Il DTA potrebbe inviarle messaggi di testo (SMS) in merito a scadenze, informazioni sul caso, chiusure degli uffici e altre informazioni importanti. In questo caso potrebbero essere addebitati costi per SMS e trasmissione dati.

Se **non** desidera ricevere messaggi dal DTA, contrassegna questa casella:

Firmando, accetto quanto segue:

- Ho letto integralmente questo modulo (o mi è stato letto in una lingua che comprendo), compresa la sezione relativa a diritti e responsabilità, e prendo atto di dover rispettare queste regole;
- le informazioni da me fornite sono veritiere e complete per quanto a mia conoscenza;
- se dovessi fornire consapevolmente informazioni errate o incomplete potrei rischiare il pagamento di una multa o l'arresto;
- il DTA e altri funzionari federali, statali e locali potrebbero verificare (controllare) qualsiasi informazione da me fornita.

Firma:	Data:
--------	-------

- Accetteremo la richiesta se riporta il nome, l'indirizzo (se disponibile) e la firma del richiedente.
- Nel caso in cui siano approvate, le prestazioni SNAP saranno erogate con decorrenza dalla data della richiesta.
- Per fissare un colloquio può chiamare nella fascia oraria tra le 8:15 e le 16:45 al numero 1-877-382-2363.

**Potrebbe ricevere le prestazioni SNAP entro 7 giorni nei seguenti casi:**

- il Suo reddito e conto bancario ammontano a meno delle Sue spese domestiche mensili, o
- il Suo reddito mensile è inferiore a \$150 e il saldo del Suo conto bancario è di \$100 o meno, o
- è un lavoratore migrante e il saldo del Suo conto bancario è di \$100 o meno.

Possiede una carta EBT (Electronic Benefit Transfer, trasferimento elettronico delle prestazioni) rilasciata in Massachusetts?  Sì  No

Le carte EBT continueranno a funzionare se un caso viene riaperto dopo essere stato chiuso. Se non possiede una carta EBT, possiamo spedirgliene una o stamparne una copia presso un ufficio di zona. Può ottenere una carta EBT prima della nostra decisione sulla Sua idoneità, in modo da poter usufruire delle prestazioni non appena sono disponibili se risulta idoneo. Insieme alla carta EBT Le invieremo anche spiegazioni su come utilizzarla.



**Se ha bisogno di aiuto a causa di una disabilità, possiamo offrire una sistemazione per agevolare la Sua collaborazione con noi. Per informazioni su tale sistemazione, chiami il numero 1-877-382-2363.**



**È una persona con disabilità?**

Fisico

Intellettivo/cognitivo

**Se sì, indichi i Suoi tipi di impedimento:**

Uditivo

Salute emotiva/mentale

Visivo

Altro:

**Come preferisce comunicare?**

Di persona

Tramite il servizio di videotrasmissione (Video Relay Service - VRS)

Per telefono

Numero telefonico VRS: \_\_\_\_\_

**Il Massachusetts Le ha rilasciato un certificato di disabilità?**

Sì  No

## Informazioni personali

Numero di previdenza sociale (SSN):

Data di nascita:

Sesso:

Maschio

Femmina

È incinta?

Sì  No

Ha la cittadinanza statunitense?  Sì  No

In quale lingua preferisce comunicare?

**NOTA:** i non-cittadini che non fanno richiesta di prestazioni SNAP non sono obbligati a fornire il proprio numero di previdenza sociale o stato di cittadinanza.

A quale razza appartiene?\*

Nera o afroamericana

Nativa americana o nativa dell'Alaska

Bianca

Asiatica

Nativa delle Hawaii o altre Isole del Pacifico

A quale etnia appartiene?\*

Ispanica o latino-americana

Non ispanica o latino-americana

\* La Sua risposta non condiziona la Sua idoneità. Queste informazioni sono raccolte per assicurare a tutti un trattamento equo, indipendentemente da razza, colore o nazionalità. Se preferisce non rispondere, non compili queste caselle.

## Nucleo familiare

Con Lei vivono altre persone?  Sì  No

Se sì, compili la sezione seguente. Elenchi solo i figli di età inferiore ai 22 anni, il/la coniuge e/o qualsiasi altra persona che acquista e prepara con Lei la maggior parte dei pasti. I non-cittadini che non fanno richiesta di prestazioni SNAP non sono obbligati a fornire il proprio numero di previdenza sociale o stato di cittadinanza.

<u>Nome</u>	<u>Data di nascita</u>	<u>Numero di previdenza sociale (SSN)</u>	<u>Grado di parentela o rapporto con Lei</u>	<u>Cittadinanza statunitense</u>	<u>Questa persona fa richiesta di prestazioni SNAP?</u>
				<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

## Reddito da lavoro

Lei o chiunque viva con Lei ha svolto un lavoro negli ultimi 60 giorni?  Sì  No

Se sì, compili la sezione seguente.

<u>Persona con reddito</u>	<u>Tipo di reddito</u>	<u>Datore di lavoro</u>	<u>Frequenza</u>	<u>Retribuzione lorda nelle ultime 4 settimane</u>
	<input type="checkbox"/> Stipendio <input type="checkbox"/> Libera professione <input type="checkbox"/> Altro:		<input type="checkbox"/> Settimanale <input type="checkbox"/> Quindicinale <input type="checkbox"/> Altro:	
	<input type="checkbox"/> Stipendio <input type="checkbox"/> Libera professione <input type="checkbox"/> Altro:		<input type="checkbox"/> Settimanale <input type="checkbox"/> Quindicinale <input type="checkbox"/> Altro:	
	<input type="checkbox"/> Stipendio <input type="checkbox"/> Libera professione <input type="checkbox"/> Altro:		<input type="checkbox"/> Settimanale <input type="checkbox"/> Quindicinale <input type="checkbox"/> Altro:	

## Altro reddito

Lei o chiunque viva con Lei riceve **qualsiasi altro tipo di reddito**, per esempio indennità di disoccupazione, mantenimento dei figli, previdenza sociale, reddito previdenziale supplementare per disabili, indennizzo per infortuni sul lavoro, programmi di assistenza per i veterani militari, pensioni o reddito da affitto?

Sì  No

Se sì, compili la sezione seguente.

<u>Persona con reddito</u>	<u>Tipo di reddito</u>	<u>Frequenza</u>	<u>Importo lordo</u>
		<input type="checkbox"/> Settimanale <input type="checkbox"/> Quindicinale <input type="checkbox"/> Mensile <input type="checkbox"/> Altro:	
		<input type="checkbox"/> Settimanale <input type="checkbox"/> Quindicinale <input type="checkbox"/> Mensile <input type="checkbox"/> Altro:	
		<input type="checkbox"/> Settimanale <input type="checkbox"/> Quindicinale <input type="checkbox"/> Mensile <input type="checkbox"/> Altro:	

## Spese di alloggio

Il nucleo familiare è responsabile del pagamento delle spese di alloggio?  Sì  No

Se sì, compili la sezione seguente.

<u>Tipo:</u>	<u>Importo:</u>	<u>Frequenza:</u>
<input type="checkbox"/> Affitto	\$ _____	<input type="checkbox"/> Mensile <input type="checkbox"/> Settimanale <input type="checkbox"/> Trimestrale <input type="checkbox"/> Annuale <input type="checkbox"/> Altro:
<input type="checkbox"/> Mutuo	\$ _____	<input type="checkbox"/> Mensile <input type="checkbox"/> Settimanale <input type="checkbox"/> Trimestrale <input type="checkbox"/> Annuale <input type="checkbox"/> Altro:
<input type="checkbox"/> Tasse immobiliari*	\$ _____	<input type="checkbox"/> Mensile <input type="checkbox"/> Settimanale <input type="checkbox"/> Trimestrale <input type="checkbox"/> Annuale <input type="checkbox"/> Altro:
<input type="checkbox"/> Assicurazione sulla casa*	\$ _____	<input type="checkbox"/> Mensile <input type="checkbox"/> Settimanale <input type="checkbox"/> Trimestrale <input type="checkbox"/> Annuale <input type="checkbox"/> Altro:
<input type="checkbox"/> Tasse condominiali	\$ _____	<input type="checkbox"/> Mensile <input type="checkbox"/> Settimanale <input type="checkbox"/> Trimestrale <input type="checkbox"/> Annuale <input type="checkbox"/> Altro:
<input type="checkbox"/> Altro:	\$ _____	<input type="checkbox"/> Mensile <input type="checkbox"/> Settimanale <input type="checkbox"/> Trimestrale <input type="checkbox"/> Annuale <input type="checkbox"/> Altro:

\* Lasciare in bianco Tasse immobiliari e Assicurazione sulla casa se sono incluse nel pagamento del mutuo.

## Spese di utenza

Il nucleo familiare è responsabile del pagamento delle utenze **separatamente** dalle spese di alloggio?

Sì  No

Se sì, compili la sezione seguente.

<input type="checkbox"/> Riscaldamento (gasolio, metano, elettricità o propano, ecc.)	<input type="checkbox"/> Elettricità e/o gas (escluso il riscaldamento); acqua; fognature; e/o raccolta rifiuti
<input type="checkbox"/> Elettricità per aria condizionata durante l'estate	
<input type="checkbox"/> Quota per l'uso dell'aria condizionata durante l'estate	<input type="checkbox"/> Servizio telefonico fisso o mobile (incluso prepagato)

## Spese per familiari a carico

Lei o chiunque viva con Lei sostiene spese per l'assistenza all'infanzia o ad adulti non autonomi?

Sì  No

Se sì, compili la sezione seguente.

<u>Nome del bambino o della persona a proprio carico</u>	<u>Importo corrisposto</u>	<u>Frequenza</u>
_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Settimanale <input type="checkbox"/> Quindicinale <input type="checkbox"/> Mensile <input type="checkbox"/> Altro:
_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Settimanale <input type="checkbox"/> Quindicinale <input type="checkbox"/> Mensile <input type="checkbox"/> Altro:
_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Settimanale <input type="checkbox"/> Quindicinale <input type="checkbox"/> Mensile <input type="checkbox"/> Altro:
_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Settimanale <input type="checkbox"/> Quindicinale <input type="checkbox"/> Mensile <input type="checkbox"/> Altro:

Lei o chiunque viva con Lei deve recarsi presso un operatore di servizi di assistenza per familiari a proprio carico?  Sì  No

Se sì, compili la sezione seguente.

<u>Nome del familiare a proprio carico</u>	<u>Indirizzo dell'operatore di assistenza</u>	<u>Numero di spostamenti in auto alla settimana</u>		<u>Se non in auto: Costo dei mezzi pubblici, taxi, navetta, ecc.</u>
		DA	A	

## Spese mediche

Lei o chiunque viva con Lei che abbia almeno 60 anni e/o che sia disabile sostiene **spese mediche non rimborsabili**?

Sì  No

Se sì, compili la sezione seguente.

<u>Nome</u>	<u>Tipo di spesa</u>	<u>Costo mensile totale</u>
_____	<input type="checkbox"/> Assistenza medica <input type="checkbox"/> Cure dentistiche <input type="checkbox"/> Farmaci	_____
_____	<input type="checkbox"/> Assistenza medica <input type="checkbox"/> Cure dentistiche <input type="checkbox"/> Farmaci	_____
_____	<input type="checkbox"/> Assistenza medica <input type="checkbox"/> Cure dentistiche <input type="checkbox"/> Farmaci	_____

**NOTA:** può ottenere un credito per le spese a Suo carico anche se è in ritardo o non in grado di pagarle. Le spese mediche comprendono ticket sanitari, farmaci prescritti dal medico o da banco, assicurazione sanitaria, fatture mediche, trasporto, ecc.

Lei o chiunque viva con Lei deve spostarsi per ottenere assistenza medica (per esempio andare in farmacia, dal medico, terapeuta, ecc.)?

Sì  No

Se sì, compili la sezione seguente.

<u>Nome</u>	<u>Indirizzo dell'operatore sanitario</u>	<u>Numero di spostamenti in auto alla settimana</u>		<u>Costo di parcheggio, mezzi pubblici, taxi, navetta, ecc.</u>
		DA	A	

## Programma di lavoro SNAP

Lei o chiunque viva con Lei partecipa a un programma di formazione per almeno 80 ore al mese? Se sì, chi?

Sì  No

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

Lei o chiunque viva con Lei lavora in cambio di beni e servizi (lavoro in natura)?

Sì  No

Se sì, chi?

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

Lei o chiunque viva con Lei svolge un tirocinio non retribuito?

Sì  No

Se sì, chi?

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

Lei o chiunque viva con Lei presta servizi di volontariato?

Sì  No

Se sì, chi?

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

## SNAP in un altro Stato

Lei o chiunque viva con Lei ha ricevuto prestazioni SNAP al di fuori del Massachusetts negli ultimi 30 giorni?

Sì  No

Se sì, chi?

\_\_\_\_\_

## Assistenza per la preparazione della richiesta

Ci dà il permesso di rivolgerci a una persona o agenzia se non riusciamo a contattarla per telefono?\*

Sì  No

Se sì, compili la sezione seguente.

Nome della persona o agenzia: \_\_\_\_\_

Numero telefonico: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

\* Ci riferiamo a una persona o agenzia di assistenza. Questo ruolo vale solo per il periodo della richiesta.

## Consenso al trattamento dei dati personali

Desidera autorizzare questa persona o agenzia a comunicare con il DTA e a ottenere dati riservati sul Suo caso?\*

Sì  No

Se sì, compili la sezione seguente.

Nome della persona o agenzia: \_\_\_\_\_

Numero telefonico: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

\* Questo ruolo non può segnalare cambiamenti o sostenere colloqui. Il permesso scade dopo un anno.

### Rappresentante autorizzato per la certificazione

Desidera autorizzare un'agenzia o una persona di fiducia a firmare i moduli, segnalare cambiamenti, sostenere colloqui e discutere con noi del Suo caso?\*

Sì  No

Se sì, compili la sezione seguente.

Nome della persona o agenzia: \_\_\_\_\_

Numero telefonico: \_\_\_\_\_

Numero di identificazione del datore di lavoro federale  
(Federal Employer Identification Number) (solo per agenzia): \_\_\_\_\_

\* Permesso valido sino all'annullamento.

### Rappresentante autorizzato per transazioni EBT

Desidera autorizzare una persona di fiducia a ottenere una carta EBT per fare la spesa per Lei utilizzando le prestazioni SNAP?\*

Sì  No

Se sì, compili la sezione seguente.

Nome della persona: \_\_\_\_\_

Numero telefonico: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

\* Occorre verificare l'identità prima di emettere una carta. Permesso valido sino all'annullamento.

- Se desidera annullare una carta EBT per un rappresentante autorizzato, può chiamare il numero 1-800-997-2555.
- Se desidera annullare uno dei ruoli sopraindicati, può chiamare il numero 1-877-382-2363.

# A questo punto cosa succede?

Conservi le pagine seguenti come riferimento.

			
<b>Colloquio telefonico</b>	<b>Invio di documenti di verifica</b>	<b>Ottenimento di prestazioni SNAP</b>	<b>Contatti</b>
La chiameremo per un colloquio. Se non riusciremo a contattarLa, Le spediremo una lettera per informarLa di un colloquio telefonico su appuntamento. Può chiamarci riguardo al colloquio al numero 1-877-382-2363, dal lunedì al venerdì dalle 8:15 alle 16:45.	Se necessario Le forniremo un elenco di documenti da inviarci per verificare la Sua idoneità. Ha 30 giorni dalla data della Sua richiesta per inviarci i documenti necessari. Non esiti a informarci se ha bisogno di aiuto.	Le comunicheremo la nostra decisione entro 30 giorni. Se la Sua richiesta è approvata, le Sue prestazioni saranno disponibili sulla carta EBT. Se la richiesta è respinta, Le spiegheremo il motivo.	Per verificare lo stato del caso, aggiornare le informazioni del caso, caricare documenti e altro ancora, può visitare il sito DTACconnect.com, utilizzare l'app DTA Connect per dispositivi mobili, oppure chiamare il numero di assistenza DTA 1-877-382-2363.

Per ricevere ulteriori informazioni o assistenza chiami il numero **1-877-382-2363** oppure visiti il nostro sito [Mass.gov/DTA](https://www.mass.gov/DTA).

## ALTRE RISORSE

<b>Programma SNAP Path to Work:</b> Risorse relative a impiego e formazione sono reperibili sul sito <a href="https://SNAPpathtowork.org">SNAPpathtowork.org</a> . Nota: esclusivamente per clienti SNAP.	<b>SNAP-Ed:</b> Per trovare ricette sane, consigli di cucina e suggerimenti per mantenere attiva la Sua famiglia, può visitare il sito di educazione alimentare SNAP all'indirizzo <a href="https://MAhealthyfoodsinasnap.org">MAhealthyfoodsinasnap.org</a>
<b>Massachusetts 2-1-1:</b> per cercare programmi relativi a salute e servizi sociali nella Sua zona può chiamare il numero 211.	<b>Project Bread:</b> per trovare risorse alimentari locali, chiami il numero verde 1-800-645-8333 (Project Bread FoodSource Hotline).

# OPZIONI PER LA VERIFICA

- Può utilizzare questa lista per inviare i documenti di verifica con la Sua richiesta. In questo modo ci aiuterà a evadere la Sua richiesta più rapidamente.
- Se non ha tutti i documenti di prova, **NON** aspetti a inviare la Sua richiesta! Può comunque inviarli in un secondo momento.
- Per ulteriori informazioni consulti la pagina [Mass.gov/SNAPverifications](https://www.mass.gov/SNAPverifications).

**Se Lei o chiunque viva con Lei ha un reddito da lavoro**, ci invii una prova del reddito lordo (al lordo delle imposte) per le ultime quattro settimane, per esempio:

- Buste paga o ricevuta di pagamento
- Prova di qualsiasi retribuzione ricevuta e delle ore di lavoro effettuate
- Se libero professionista, documenti commerciali che mostrano le entrate e le spese aziendali, quali:
  - "Schedule C" (modulo IRS 1040)
  - Modulo IRS 1099 o altro documento fiscale
  - Altra documentazione, come fatture, scontrini o ricevute che mostrano le Sue entrate e/o spese aziendali

**Se Lei o chiunque viva con Lei ha un reddito non da lavoro**, ci invii una prova dell'importo mensile, per esempio:

- Lettera di sussidio o indennizzo
- Dichiarazione dell'agenzia che effettua i pagamenti

**NOTA:** in genere siamo in grado di verificare direttamente gli importi relativi a previdenza sociale, reddito previdenziale supplementare per disabili, mantenimento dei figli (Department of Revenue) o indennità di disoccupazione (Massachusetts). La informeremo se sarà necessario verificare da parte Sua uno di questi documenti.

**Per dimostrare la residenza nel Massachusetts**, può fornire uno di questi documenti:

- Ricevuta dell'affitto, contratto di locazione o modulo di verifica del proprietario
- Atto di proprietà o estratto conto del mutuo, bolletta di utenza o iscrizione al voto
- Modulo di verifica di alloggio condiviso o dichiarazione di una persona con cui dimora

**Se Lei o chiunque viva con Lei corrisponde assegni di mantenimento ai figli**, ci invii:

- Prova dell'obbligo legale di pagare il mantenimento dei figli (come un decreto del tribunale) e
- Prova di pagamenti recenti

**Se Lei o chiunque viva con Lei è un non-cittadino che faccia richiesta di prestazioni**, fornisca una prova dello stato di non-cittadino, come:

- Permesso di soggiorno permanente ("carta verde")
- Permesso di lavoro
- Permesso di soggiorno temporaneo
- Documento di arrivo-partenza (I-94)
- Timbro sul passaporto
- Altro documento indicante lo stato di immigrazione corrente o in sospeso
- Dichiarazione di un legale esperto in immigrazione sullo stato corrente o in sospeso

**Se Lei o chiunque viva con Lei è anziano e/o disabile e sostiene spese mediche mensili di almeno \$35**, fornisca una prova delle spese (come fatture o ricevute). Alcune spese di trasporto per motivi medici possono essere autodichiarate.

## Dipartimento per l'Assistenza Transitoria (DTA) Comunicazione su Responsabilità e Sanzioni

- La presente comunicazione elenca i diritti e le responsabilità per tutti i programmi del DTA. È necessario seguire le regole per i programmi a cui si aderisce.
- Si prega di leggere queste pagine e di conservarne una copia.
- Informare il DTA in caso di domande.

### Dichiaro, consapevole delle conseguenze in caso di falsa testimonianza, che:

- Ho letto le informazioni presenti in questo modulo o qualcuno me le ha lette.
- Le risposte da me inserite in questo modulo sono veritiere e aggiornate al meglio delle mie conoscenze.
- Fornirò al DTA informazioni veritiere e complete al meglio delle mie conoscenze durante il mio colloquio e in futuro.

### Comprendo che:

- fornire informazioni false o tendenziose è frode,
- travisare o nascondere fatti per ottenere vantaggi dal DTA è frode,
- la frode è considerata una Violazione Intenzionale del Programma (IPV) e
- se il DTA pensa io abbia commesso una frode, il DTA potrà perseguire sanzioni civili e penali contro di me.

### Comprendo inoltre che:

- Il DTA verificherà le informazioni che ho fornito con la mia domanda. Se qualche informazione risultasse falsa, il DTA potrebbe negare le mie indennità.
- Potrei inoltre essere sottoposto a procedimento penale per aver fornito false informazioni.
- Se il DTA ottiene informazioni da una fonte affidabile su un cambiamento all'interno del mio nucleo familiare, l'importo dei miei vantaggi potrebbe cambiare.
- Sottoscrivendo il presente modulo, autorizzo il DTA a verificare la mia idoneità per le indennità, tra cui:
  - Ottenere informazioni da altre agenzie statali o federali, enti per l'edilizia popolare, servizi di assistenza extrastatale, istituzioni finanziarie e Soluzioni per lavoratori Equifax (il Numero di lavoro). Autorizzo inoltre queste agenzie a condividere informazioni relative all'idoneità del mio nucleo familiare a ricevere le indennità con il DTA.
  - Se il DTA utilizza le informazioni di Equifax relative al reddito lavorativo del mio nucleo familiare, ho diritto a ricevere una copia gratuita di tale relazione redatta da Equifax se la richiedo entro 60 giorni dalla decisione del DTA. Ho il diritto di mettere in discussione le informazioni contenute nella relazione. Posso contattare Equifax all'indirizzo: Equifax Workforce Solutions, 11432 Lackland Road, St. Louis, MO 63146, 1-800-996-7566 (numero verde).
- Ho diritto a una copia della mia domanda, incluse le informazioni che il DTA utilizza per decidere in merito all'idoneità del mio nucleo familiare e all'importo delle indennità. Posso chiedere al DTA una copia elettronica della domanda compilata.

### In che modo il DTA utilizzerà le mie informazioni?

Sottoscrivendo la presente, autorizzo il DTA a ottenere informazioni e a condividere le informazioni su di me e sui membri del mio nucleo familiare con:

- Banche, scuole, entigovernativi, datori di lavoro, proprietari di immobili, società di servizi e altre agenzie devono controllare se sono idoneo a ricevere le indennità.
- Società del settore elettrico, gas e telefonico in modo da poter ottenere sconti nel settore dei servizi pubblici. Le società non possono condividere i miei dati o utilizzarli per qualsiasi altro scopo.
- Il Dipartimento di edilizia abitativa e sviluppo della comunità per iscrivermi al Programma Heat & Eat. Questo programma aiuta le persone a ottenere più indennità di sussidio SNAP possibili.
- Il Dipartimento di Istruzione Primaria e Secondaria affinché i miei figli possano avere pasti gratuiti a scuola.
- Il Programma Donna, Neonati e Bambini (WIC) affinché tutti i bambini di età inferiore ai 5 anni o una donna in stato interessante all'interno del mio nucleo familiare possa accedere al WIC.
- I Servizi di cittadinanza e immigrazione degli Stati Uniti (USCIS) per verificare il mio status di immigrazione. Le informazioni provenienti dall'USCIS possono influire sull'idoneità del mio nucleo familiare e sull'importo delle indennità del DTA.  
*Nota: Anche qualora non si fosse idonei alle indennità a seguito del proprio status di immigrazione, il DTA non lo segnalerà alle autorità di immigrazione a meno che non venga mostrato al DTA un ultimo ordine di deportazione.*
- Il Dipartimento delle Entrate (DOR) per verificare la mia ammissibilità ai crediti d'imposta basati sul reddito, quali reddito da lavoro e reddito limitato, e per vedere se ho diritto al "No Tax Status" o a quello di difficoltà.
- Il Dipartimento dei Bambini e delle Famiglie (DCF) per coordinare i servizi offerti congiuntamente dal DTA e dal DCF.

### **In che modo il DTA utilizza i numeri di previdenza sociale (SSN)?**

Al DTA è consentito richiedere gli SSN ai sensi del Food and Nutrition Act del 2008 (7 U.S.C. 2011-2036) per ottenere i sussidi SNAP e del M.G.L. c. 18 Sezione 33 del TAFDC e dell'EAEDC. Il DTA utilizza gli SSN per:

- Verificare l'identità e l'ammissibilità di ciascun membro della famiglia per cui faccio domanda tramite i programmi di abbinamento dati.
- Controllare la conformità alle regole del programma.
- Incassare i soldi se il DTA ritiene io abbia ricevuto delle indennità che non mi spettavano di diritto.
- Aiutare le forze dell'ordine a rintracciare le persone che si nascondono dalla legge.

Capisco che non devo fornire al DTA gli SSN di nessun non-cittadino all'interno del mio nucleo familiare, me compreso, che non voglia ricevere indennità. Il reddito di un non-cittadino può essere tenuto in considerazione anche se il non-cittadino non riceve indennità.

### **Diritto a un interprete**

Comprendo che:

- Ho diritto a un interprete professionale gratuito fornito dal DTA se preferisco comunicare in una lingua che non sia l'inglese.
- Se ho un'udienza presso il DTA, posso richiedere al DTA di fornirmi un interprete professionale gratuito o, se preferisco, posso portare con me qualcuno che mi faccia da interprete. Qualora io necessiti che il DTA metta a mia disposizione un interprete per l'udienza, devo contattare la Divisione Udienze almeno una settimana prima della data dell'udienza.

### **Diritto di registrazione al voto**

Comprendo che:

- Ho il diritto di registrarmi per votare tramite il DTA.
- Il DTA mi aiuterà a compilare il modulo di registrazione per gli elettori se desidero assistenza.
- Posso compilare il modulo di registrazione per gli elettori privatamente.
- Presentare la domanda di registrazione o declinare la registrazione al voto non pregiudicherà le mie indennità.

### **Opportunità di lavoro**

Sono d'accordo che il DTA possa condividere il mio nome e le mie informazioni di contatto con i prestatori di servizi formativi e per l'impiego, tra cui:

- I prestatori del programma sussidi SNAP Path to Work o gli specialisti DTA per i clienti dei sussidi SNAP; e
- I prestatori di servizi formativi e per l'impiego convenzionati o gli operatori che si impegnano totalmente dei clienti TAFDC.

I clienti dei sussidi SNAP possono partecipare volontariamente ai servizi di istruzione e formazione professionale attraverso il programma sussidi SNAP Path to Work.

### **Status di cittadinanza**

Giuro che tutti i membri del mio nucleo familiare che richiedono i benefit del DTA sono cittadini statunitensi o legittimi residenti non-cittadini.

## **Programma di assistenza nutrizionale aggiuntivo**

Comprendo che:

- Il DTA gestisce il programma di sussidi SNAP in Massachusetts.
- Quando presento una domanda al DTA (tramite telefono, online, di persona o via e-mail o fax), quest'ultimo ha 30 giorni dalla data in cui ha ricevuto la mia domanda per decidere se sono idoneo.
  - Se sono idoneo a sussidi SNAP accelerati (emergenza), il DTA deve fornirmi un sussidio SNAP e assicurarsi che io sia in possesso di una Carta di trasferimento elettronico dei benefit (EBT) entro 7 giorni dalla data in cui hanno ricevuto la mia domanda.
  - Ho il diritto di parlare a un supervisore del DTA se:
    - Il DTA afferma che non sono idoneo a ricevere i benefit SNAP di emergenza e non sono d'accordo.
    - Sono idoneo a ricevere le indennità SNAP di emergenza, ma non ho ricevuto nessun benefit entro il 7° giorno dalla richiesta di sussidio SNAP.
    - Sono idoneo a ricevere le indennità SNAP di emergenza ma non ho ricevuto la mia carta EBT entro il 7° giorno dalla richiesta del sussidio SNAP.
- Quando ho diritto al sussidio SNAP, devo rispettare certe regole. Una volta abilitato al sussidio SNAP, il DTA mi fornirà una copia della brochure "Il diritto di sapere" oltre a quella relativa al Programma di sussidio SNAP. Leggerò entrambe le brochure o avrò qualcuno che me le leggerà. Qualora avessi delle domande o necessitassi assistenza nel leggere o nel comprendere tali informative, posso contattare il DTA al numero 1-877-382-2363.

- **Informare il DTA su eventuali variazioni all'interno del mio nucleo familiare:**
  - Se appartengo a un nucleo familiare con SNAP a notifica semplificata, non devo segnalare la maggior parte dei cambiamenti al DTA fino alla data di pubblicazione del rapporto intermedio o della ricertificazione. Le uniche cose che devo comunicare al più presto sono:
    - Se il reddito del mio nucleo familiare supera il massimale del reddito lordo (indicato sulla mia notifica di approvazione).
      - Devo comunicare questo aumento entro il 10° giorno del mese successivo al mese in cui l'importo ha superato il massimale.
    - Se devo rispettare le regole del lavoro degli "adulti abili senza persone a carico" (ABAWD) e le mie ore di lavoro scendono sotto le 20 ore settimanali.
  - Se qualcuno nel mio nucleo familiare ha 60 o più anni, è disabile o ha meno di 18 anni e non percepisce un reddito da lavoro, le uniche cose che devo comunicare sono:
    - Se qualcuno inizia a lavorare oppure
    - Se qualcuno si aggiunge o lascia il mio nucleo familiare.
      - Devo segnalare queste variazioni entro il 10° giorno del mese successivo al mese in cui avviene la variazione.
  - Se ricevo un sussidio SNAP tramite l'Alternativa alle Indennità Transitorie (TBA) perché il mio TAFDC si è interrotto, non devo segnalare alcuna variazione al DTA per i 5 mesi in cui percepisco il TBA.
  - Se ricevo un sussidio SNAP tramite il CAP Bay State, non devo segnalare alcuna variazione al DTA.

Se io o qualcuno del mio nucleo familiare riceve assistenza monetaria (TAFDC o EAEDC), devo segnalare alcune variazioni al DTA entro 10 giorni dalla variazione. Vedere **Quando devo comunicare al DTA eventuali variazioni nel mio nucleo familiare?** sotto **Aiuto transitorio alle famiglie con figli a carico (TAFDC) e Aiuto di emergenza a disabili, anziani e bambini (EAEDC)** qui di seguito.

Posso ottenere più indennità dal sussidio SNAP se comunico e fornisco al DTA prove di quanto seguete, in qualsiasi momento:

- Spese per l'assistenza ai figli o ad altri familiari a carico, costi relativi all'alloggio e/o costi di servizio;
- Mantenimento dei figli che io (o qualcuno nel mio nucleo familiare) è tenuto per legge a pagare a un non-componente della famiglia; e
- Spese mediche sostenute per i membri del mio nucleo familiare, incluso il sottoscritto, che abbiano 60 o più anni o che siano disabili.

**Regole di lavoro per i clienti del sussidio SNAP:** Se ottieni delle indennità di sussidio SNAP e hai un'età tra i 16 e i 59 anni potresti dover soddisfare alcune regole generali di lavoro SNAP o ABAWD a meno che tu non sia esente. Il DTA indicherà a me e ai membri del mio nucleo familiare se dobbiamo soddisfare alcune regole di lavoro, quali siano le esenzioni e cosa succederà se non soddisfiamo tali regolamenti.

Se Lei è soggetto alle Regole di lavoro SNAP (Supplemental Nutrition Assistance Program):

- Deve registrarsi per un lavoro al momento di fare domanda e quando rinnova i benefit SNAP. Lei si registra nel momento in cui firma il modulo di domanda o di rinnovo del programma SNAP.
- Deve fornire i dati del Department of Transitional Assistance (DTA) relativi al suo stato di impiego quando il DTA li richiede.
- Deve presentarsi presso il datore di lavoro se il DTA ha riferito il Suo nome.
- Deve accettare un'offerta di lavoro (salvo abbia un motivo valido per rifiutarla).
- Non deve abbandonare un lavoro di oltre 30 ore settimanali senza una ragione valida.
- Non deve ridurre le sue ore lavorative a meno di 30 ore settimanali senza una ragione valida.

#### **Regolamento SNAP**

- Non fornire informazioni false o nascondere informazioni per ottenere le indennità di sussidio SNAP.
- Non commercializzare o vendere le indennità di sussidio SNAP.
- Non alterare le carte EBT necessarie a ricevere le indennità di sussidio SNAP per le quali sei considerato idoneo.
- Non utilizzare le indennità di sussidio SNAP per acquistare articoli non ammissibili, quali bevande alcoliche e tabacco.
- Non utilizzare i benefit di sussidio SNAP e la carta EBT di qualcun altro a meno che tu non sia un rappresentante autorizzato o se il destinatario di tali indennità ti ha dato il permesso di usare la carta per suo conto.

## Sanzioni penali SNAP

Sono consapevole che se io o qualsiasi membro del mio nucleo familiare SNAP viola intenzionalmente una qualsiasi delle regole sopra elencate, tale persona non sarà idonea al sussidio SNAP per *un anno* dopo la prima violazione, *due anni* dopo la seconda violazione e *mai più* dopo la terza violazione. Tale persona potrà inoltre essere multata fino a 250.000 dollari, scontare fino a 20 anni di carcere o entrambe le cose. Queste persone possono anche essere oggetto di azioni penali ai sensi delle leggi federali e statali.

- Sono a conoscenza inoltre delle seguenti sanzioni. Se io o un membro del mio nucleo familiare SNAP:
- Commette una Violazione Intenzionale del Programma (IPV) di un **programma monetario** tale persona non sarà più idonea al sussidio SNAP per lo stesso periodo in cui sarà non ammissibile a un'assistenza monetaria.
- Fa una dichiarazione fraudolenta sulla propria identità o residenza per ottenere un maggior numero di indennità di sussidio SNAP *al tempo stesso non* sarà più ammissibile al sussidio SNAP per **dieci anni**.
- Commercializza (acquista o vende) le indennità di sussidio SNAP in cambio di una sostanza controllata/droga illegale, non sarà ammissibile al sussidio SNAP per **due anni** per la prima constatazione e **per sempre** per la seconda constatazione.
- Commercializza (acquista o vende) le indennità di sussidio SNAP in cambio di armi da fuoco, munizioni o esplosivi, non sarà **mai più** ammissibile al sussidio SNAP.
- Fa un'offerta per vendere le indennità di sussidio SNAP o una carta EBT online o di persona, lo Stato può perseguire una IPV nei suoi confronti.
- Paga il cibo acquistato a credito, non sarà ammissibile al sussidio SNAP.
- Acquista prodotti con le indennità di sussidio SNAP allo scopo di eliminarne il contenuto e restituire i contenitori in cambio di denaro in contante, non sarà ammissibile al sussidio SNAP.
- Fugge per evitare l'accusa, la custodia o la reclusione dopo una condanna per un reato, non sarà ammissibile al sussidio SNAP.
- Viola la libertà vigilata o condizionale quando le forze dell'ordine stanno attivamente cercando di arrestare la persona, quest'ultima non sarà ammissibile al sussidio SNAP.

Chiunque sia diventato un criminale condannato dopo il 7 febbraio 2014 non è ammissibile alle indennità di sussidio SNAP se si è dei criminali in fuga o che stanno violando la libertà vigilata o condizionale, in conformità con il 7 CFR §273.11(n) - **e** si è stati condannati in età adulta di:

1. Abuso sessuale aggravato, alla sezione 2241 dell'articolo 18, U.S.C.;
2. Omicidio, alla sezione 1111 dell'articolo 18, U.S.C.;
3. Qualsiasi offesa ai sensi del capitolo 110, all'articolo 18, U.S.C.;
4. Reato federale o statale di violenza sessuale, come definito alla sezione 40002(a) del VAWA 1994 (42 U.S.C. 13925a); o
5. Un reato ai sensi del diritto dello Stato determinato dal Procuratore Generale di essere sostanzialmente simile a un reato descritto in questo elenco.

## Dichiarazione contro la discriminazione

In conformità con la legge federale sui diritti civili e i regolamenti e le politiche del Dipartimento di Agricoltura degli Stati Uniti (USDA), all'USDA, alle sue agenzie, ai suoi uffici e ai suoi dipendenti oltre che alle istituzioni che prendono parte o amministrano i programmi dell'USDA sono vietate discriminazioni basate su razza, colore, origine nazionale, sesso, credo religioso, disabilità, età, convinzioni politiche o rappresaglia o ritorsione per precedenti attività in merito ai diritti civili in qualsiasi programma o attività condotta o finanziata dall'USDA.

Le persone con disabilità che necessitano di mezzi di comunicazione alternativi per essere informati sui programmi (ad esempio, Braille, grandi caratteri di stampa, nastro audio, lingua dei segni americana, ecc.) dovrebbero contattare l'Agenzia (statale o locale) a cui si sono rivolte per la richiesta delle indennità. Le persone sorde, ipoudenti o con problemi di linguaggio possono contattare l'USDA tramite il servizio di collegamento federale al numero 1-800-877-8339. Inoltre, le informazioni sul programma possono essere rese disponibili in lingue diverse dall'inglese.

Per presentare un programma di denuncia di discriminazione:

- Compilare il modulo di reclamo discriminazione programma dell'USDA (AD-3027) disponibile online all'indirizzo: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/usda-program-discrimination-complaint-form.pdf> e presso qualsiasi ufficio USDA. È possibile richiedere una copia del modulo di reclamo chiamando il numero 1-866-632-9992; oppure
- Scrivere una lettera indirizzata all'USDA e inserire nella lettera tutte le informazioni richieste nel modulo.

Inviare il modulo compilato o la lettera all'USDA tramite:

- e-mail: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue SW Washington, D.C.20250-9410; o
- fax: 1-202-690-7442; o
- e-mail: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

Questa istituzione è un fornitore di pari opportunità.

**Aiuto transitorio alle famiglie con figli a carico (TAFDC) e  
Aiuto di emergenza a disabili, anziani e bambini (EAEDC)**

Il TAFDC e l'EAEDC sono programmi di assistenza monetaria. Per saperne di più e per fare domanda, visitare [DTAConnect.com](http://DTAConnect.com) o contattare l'ufficio di riferimento locale del DTA. Questa informazione si applica solo alle famiglie che presentano domanda o che ricevono il TAFDC o l'EAEDC.

**Quando devo informare il DTA in merito a variazioni nel mio nucleo familiare?**

Devo informare il DTA in merito a variazioni che possono avere un effetto sul mio TAFDC o EAEDC (indennità monetarie) **entro 10 giorni**, mentre non è necessario indicare al DTA eventuali variazioni relative ai miei redditi se inferiori a 100 dollari al mese. Ciò include variazioni riguardanti il mio reddito, l'indirizzo, le persone con le quali vivo, il nucleo familiare, il lavoro e l'assicurazione sanitaria.

**Come posso ottenere l'assicurazione sanitaria?**

- Se ricevo il TAFDC o l'EAEDC, riceverò anche l'assicurazione sanitaria MassHealth.
- Se mi viene negato il TAFDC o l'EAEDC, MassHealth utilizzerà i miei dati per vedere se sono ammissibile per l'assicurazione sanitaria.
- Se il mio EAEDC si interrompe, devo fare una richiesta separata per l'assicurazione sanitaria MassHealth. Per effettuare una domanda di applicazione contattare il numero 1-800-841-2900.

Se ricevo l'assicurazione sanitaria MassHealth, sono d'accordo che MassHealth possa riscuotere:

- il denaro a me dovuto proveniente da altra fonte per le mie cure mediche, e
- l'assistenza medica da parte del genitore assente per un figlio di età inferiore a 19 anni che riceva i benefit MassHealth.

**Esistono norme speciali se sono idoneo solo a fronte di un incidente o di un infortunio?**

Se la mia famiglia riceve i benefit da MassHealth o dal DTA a fronte di un incidente o di un infortunio, devo utilizzare il denaro che ricevo per l'incidente o l'infortunio per rimborsarli. Il denaro può provenire da una polizza assicurativa, un risarcimento o da qualsiasi altra fonte. Questo vale anche se non so quale siano le possibili fonti di denaro ancora.

Accetto di collaborare con MassHealth e con il DTA:

- Reclamando la richiesta monetaria proveniente da altre fonti.
- Informando subito MassHealth e il DTA in merito a eventuali richieste di indennizzo assicurativo, denunce o altri processi per ottenere il denaro.
- Fornendo a MassHealth e al DTA nuove informazioni non appena ne sono a conoscenza.

Se non collaboro, MassHealth e DTA possono interrompere o negare le mie indennità. Accetto che MassHealth e il DTA possano:

- Condividere informazioni sulle mie indennità al fine di raccogliere denaro per rimborsare tali indennità.
- Visionare tutta la documentazione relativa ai rimborsi in denaro che potrei ottenere a causa di incidente o infortunio, come i documenti disponibili presso il Dipartimento degli infortuni sul lavoro.

Se sto ricevendo l'EAEDC perché ho una disabilità o ho più di 65 anni, devo fare domanda per le indennità federali di Reddito di Sicurezza Supplementari (SSI). Se mi vengono approvate le indennità SSI che coprono lo stesso periodo in cui percepisco l'EAEDC, il servizio di gestione della Previdenza Sociale invierà alcune delle mie indennità SSI retroattive al DTA per ripagare l'EAEDC.

**Avviso importante sulla legge e sulle indennità**

Una Violazione Intenzionale del Programma (IPV) fornisce intenzionalmente una dichiarazione falsa o fuorviante o fatti travisati, nascosti o non detti, oralmente o per iscritto, al fine di stabilire o mantenere l'ammissibilità alle indennità TAFDC o EAEDC o per ottenere indennità a cui non ho diritto.

Se vengo giudicato colpevole di IPV da un tribunale, un'udienza disciplinare di squalifica o firmando una rinuncia, sarò squalificato dal ricevere le indennità TAFDC o EAEDC per un periodo di:

- 6 mesi per la prima violazione
- 12 mesi per la seconda violazione
- per sempre per la terza violazione

In aggiunta, possono essere applicate altre leggi.

**Divieti di acquisto con la carta EBT**

Comprendo che sia illegale utilizzare i fondi TAFDC o EAEDC detenuti su una carta elettronica per il trasferimento delle indennità (EBT) per pagare quanto segue: bevande alcoliche; prodotti a base di tabacco; biglietti della lotteria; materiale o prestazioni riservate agli adulti; scommesse; armi da fuoco e munizioni; soggiorni di vacanza; tatuaggi; piercing; gioielli; televisori; stereo; videogiochi o console da affittare presso negozi; marijuana a scopo ricreativo; spese giudiziarie; multe; cauzioni penali o depositi cauzionali.

**Divieti su dove posso usare la mia carta EBT**

Comprendo che sia illegale utilizzare la mia carta elettronica per il trasferimento delle indennità (EBT) nei seguenti luoghi: librerie per adulti; negozi per adulti o strutture che offrono prestazioni per adulti; rivenditori di munizioni; casinò; casinò da gioco o strutture di gioco d'azzardo; navi da crociera; rivenditori di armi da fuoco; gioiellerie; rivendite di bevande alcoliche; negozi di manicure o di estetica; agenzie che inviano denaro ai paesi stranieri; negozi per la vendita di marijuana a scopo ricreativo o negozi di tatuatori.

**Sanzioni per acquisti vietati di contante con la carta EBT**

- **Prima infrazione:** Devo restituire al DTA l'importo speso.
- **Seconda infrazione:** Devo restituire al DTA l'importo speso e perderò le indennità monetarie per **due mesi**.
- **Terza infrazione:** devo restituire al DTA l'importo speso e perderò le indennità monetarie **in modo permanente**.

FIRMA:

**Sottoscrivendo la presente domanda, certifico che comprendo e accetto "Diritti, Responsabilità e Sanzioni."**

Firma del Richiedente: \_\_\_\_\_

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