Massachusetts
Richiesta di sussidi SNAP

USDA Supplemental Nutrition Assistance Program
Putting Healthy Food Within Reach

Department of Transitional Assistance

Come richiedere i sussidi SNAP?

- Presenti la richiesta online sul sito DTAConnect.com. Questo è il modo più veloce!
- Invii un fax al numero **617-887-8765**
- **Invii questo documento per posta al Centro elaborazione documenti DTA, Casella postale 4406, Taunton, MA 02780-0420**
- Recati in qualsiasi **ufficio DTA**

Cognome:	Nome:	Secondo nome:
Indirizzo di casa:		Città, Stato, CAP:
Indirizzo postale (se diverso):		Città, Stato, CAP:
Numero di telefono		Si trova in una situazione di senzatetto? ☐ Sì ☐ No

Il DTA potrebbe inviarLe messaggi di testo (SMS) relativi a scadenze, informazioni sulla pratica, chiusure degli uffici e altre informazioni di rilievo. Potrebbero essere applicati i costi per i messaggi e il traffico dati.

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

Firmando, dichiaro di:

- aver letto integralmente il presente modulo (o di averlo fatto leggere in una lingua a me comprensibile), compresa la sezione relativa ai diritti e alle responsabilità, e di comprendere che sono tenuto a rispettare tali norme;
- le risposte fornite nel modulo sono veritiere e complete, al meglio delle mie conoscenze.
- Dichiaro di essere a conoscenza che, in caso di dichiarazioni scientemente false o incomplete, potrei essere perseguibile con la pena della reclusione o con sanzioni pecuniarie;
- Il DTA e altri funzionari federali, statali e locali possono verificare (controllare) le informazioni fornite.

Firma:	Data:

- **Accetteremo la vostra richiesta se contiene il vostro nome, l'indirizzo (se presente) e la firma.**
- **Se la richiesta verrà approvata, le prestazioni SNAP le saranno erogate a partire dalla data in cui il DTA ha ricevuto la sua richiesta.**
- **Chiamaci per fissare un colloquio in qualsiasi momento tra le 8:15 e le 16:45, dal lunedì al venerdì, al numero 877-382-2363.**

SNAPA-1 (Italian) (Rev. 7/2026)
25-188-1221-05

È possibile ricevere i sussidi SNAP entro 7 giorni se:

- Il Suo reddito e le disponibilità bancarie, sommati, sono inferiori alle Sue spese mensili per l'alloggio; oppure
- Il Suo reddito mensile è inferiore a $150 e le Sue disponibilità bancarie sono pari o inferiori a $100; oppure
- È un lavoratore migrante e Sue disponibilità bancarie sono pari o inferiori a $100.

È in possesso di una carta EBT (Electronic Benefit Transfer) del Massachusetts? ☐ Sì ☐ No

Le carte EBT continuano a funzionare qualora un caso venga riaperto dopo essere stato chiuso. Se non possiede una carta EBT, possiamo provvedere all'invio tramite posta o alla stampa presso un ufficio locale. È possibile ottenere una carta EBT prima della nostra decisione sull'idoneità, in modo da poter utilizzare i propri sussidi nel momento stesso in cui saranno disponibili, qualora si risulti idonei. Al momento del ricevimento della carta EBT, riceverà anche maggiori informazioni su come utilizzarla.

ADA Americans with Disabilities Act

In caso di disabilità, sono disponibili modalità di adattamento per facilitare l'accesso ai nostri servizi. Per informazioni su tale sistemazione, chiami il numero 877-382-2363.



È una persona con disabilità? **Se sì, selezioni il tipo o i tipi di disabilità/invalidità:**	☐ **Fisica** ☐ **Auditiva** ☐ **Visuale**	☐ **Intellettuale/Cognitiva** ☐ **emotiva/salute mentale** ☐ **Altre:**
Quale modalità di comunicazione preferisce?	☐ **In persona** ☐ **Telefono**	☐ **Servizi di videotrasmissione (VRS)** **Numero di telefono VRS:** _____

Lo Stato del Massachusetts ha certificato la Sua condizione di disabilità? ☐ **Sì** ☐ **No**

Informazioni su di Lei

Numero di sicurezza sociale:	Data di nascita:	Sesso: Maschio ☐ Femmina ☐	È incinta? ☐ Sì ☐ No
È cittadino statunitense? ☐ Sì ☐ No **NOTA:** I non cittadini che non richiedono lo SNAP non devono fornire il Social Security Number o lo stato di cittadinanza.		Lingua di preferenza _____	

Qual è la sua razza?*

☐ Nero o Afroamericano ☐ Indiano d'America o nativo dell'Alaska ☐ Bianco

☐ Asiatico ☐ Nativi hawaiani o di altre isole del Pacifico

Qual è la sua etnia?*

☐ Ispanici o latini ☐ Non ispanici o latini

* La Sua risposta non influirà sulla Sua idoneità Queste domande servono a garantire che tutti ricevano un trattamento equo, indipendentemente dalla razza, colore o nazionalità. Lasci in bianco se preferisce non rispondere.

Membri del nucleo familiare

CI sono altre persone conviventi? ☐ Sì ☐ No

Se **sì**, compilare la sezione sottostante. I non cittadini che non richiedono lo SNAP non devono fornire il Social Security Number o lo stato di cittadinanza.

Nome	**Data di nascita**	**Sicurezza sociale Numero**	**Rapporto di parentela con lei?**	**Questa persona è cittadina statunitense?**	**Questa persona sta richiedendo i sussidi SNAP?**
				☐ Sì ☐ No	☐ Sì ☐ No
				☐ Sì ☐ No	☐ Sì ☐ No
				☐ Sì ☐ No	☐ Sì ☐ No
				☐ Sì ☐ No	☐ Sì ☐ No

Reddito da lavoro

Qualcuno ha lavorato negli ultimi 30 giorni? ☐ Sì ☐ No

Se **sì**, compilare la sezione sottostante:

Persona con reddito	Tipo di reddito	Datore di lavoro	Frequenza	Importo lordo nelle ultime 4 settimane
	☐ Stipendi ☐ Lavoro autonomo ☐ Altro:		☐ Settimanale ☐ Bisettimanale ☐ Altro:	
	☐ Stipendi ☐ Lavoro autonomo ☐ Altro:		☐ Settimanale ☐ Bisettimanale ☐ Altro:	
	☐ Stipendi ☐ Lavoro autonomo ☐ Altro:		☐ Settimanale ☐ Bisettimanale ☐ Altro:	

Altri redditi

Qualche componente del nucleo familiare riceve **un reddito da lavoro**, indennità di disoccupazione assegni di mantenimento, Social Security/SSI, infortuni sul lavoro, sussidi per veterani, pensioni o rendite da locazione? ☐ Sì ☐ No

Se **sì**, compilare la sezione sottostante:

Persona con reddito	Tipo di reddito	Frequenza	Importo lordo
		☐ Settimanale ☐ Bisettimanale ☐ Mensile ☐ Altro:	
		☐ Settimanale ☐ Bisettimanale ☐ Mensile ☐ Altro:	
		☐ Settimanale ☐ Bisettimanale ☐ Mensile ☐ Altro:	

Costi del rifugio

È il nucleo familiare responsabile del pagamento delle spese di rifugio? ☐ Sì ☐ No

Se **sì**, compilare la sezione sottostante:

Tipo:	**Importo:**	**Frequenza:**				
☐ Affitto	$_____	☐ Mensile	☐ Settimanale	☐ Trimestrale	☐ Annuale	☐ Altro:
☐ Mutuo	$_____	☐ Mensile	☐ Settimanale	☐ Trimestrale	☐ Annuale	☐ Altro:
☐ Imposte patrimoniali*	$_____	☐ Mensile	☐ Settimanale	☐ Trimestrale	☐ Annuale	☐ Altro:
☐ Assicurazione sulla casa *	$_____	☐ Mensile	☐ Settimanale	☐ Trimestrale	☐ Annuale	☐ Altro:
☐ Spese condominiali	$_____	☐ Mensile	☐ Settimanale	☐ Trimestrale	☐ Annuale	☐ Altro:
☐ Altro:	$_____	☐ Mensile	☐ Settimanale	☐ Trimestrale	☐ Annuale	☐ Altro:

* Lasciare in bianco i campi relativi alle tasse sulla proprietà e all'assicurazione sulla casa qualora queste siano incluse nella rata del mutuo.

Costi delle utenze

Il nucleo familiare ha l'obbligo di pagare le spese per le utenze **separatamente** dalle spese di rifugio? ☐ Sì ☐ No

Se **sì**, compilare la sezione sottostante:

☐ Riscaldamento (gasolio, gas, elettricità o propano, ecc.)

☐ Elettricità e/o gas (uso diverso dal riscaldamento); acqua; fognature; e/o raccolta dei rifiuti

☐ L'elettricità necessaria per un condizionatore d'aria in estate

☐ Una tariffa per l'uso del condizionatore d'aria in estate

☐ Servizio telefonico o di telefonia mobile (comprese le tariffe prepagate)

Spese per familiari a carico

C'è qualcuno responsabile del pagamento delle spese per l'assistenza agli adulti o ai bambini? ☐ Sì ☐ No

Se **sì**, compilare la sezione sottostante:

Nome del figlio o della persona a carico	**Importo pagato**	**Frequenza**
_____	$_____	☐ Settimanale ☐ Bisettimanale ☐ Mensile ☐ Altro:
_____	$_____	☐ Settimanale ☐ Bisettimanale ☐ Mensile ☐ Altro:
_____	$_____	☐ Settimanale ☐ Bisettimanale ☐ Mensile ☐ Altro:
_____	$_____	☐ Settimanale ☐ Bisettimanale ☐ Mensile ☐ Altro:

Qualcuno si sposta da e/o verso un centro di assistenza per persone a carico ☐ Sì ☐ No

Se **sì**, compilare la sezione sottostante:

Nome del familiare a carico	**Indirizzo del fornitore di assistenza**	**Numero di viaggi in auto per settimana**		**Se non guida: Costo dei mezzi di trasporto pubblico, taxi, navette, ecc.**
		A	**DA**	

Spese mediche

Nel nucleo familiare è presente qualcuno di età pari o superiore a 60 anni e/o con disabilità che sostiene **spese mediche a proprio carico**? ☐ Sì ☐ No

Se **sì**, compilare la sezione sottostante:

Nome	Tipologia di spese	Costo totale mensile
_____	☐ Assistenza medica ☐ Assistenza dentaria ☐ Farmaci ☐ Assicurazione sanitaria ☐ Altri (farmaci da banco) forniture mediche, ecc.)	_____
_____	☐ Assistenza medica ☐ Assistenza dentaria ☐ Farmaci ☐ Assicurazione sanitaria ☐ Altri (farmaci da banco) forniture mediche, ecc.)	_____
_____	☐ Assistenza medica ☐ Assistenza dentaria ☐ Farmaci ☐ Assicurazione sanitaria ☐ Altri (farmaci da banco) forniture mediche, ecc.)	_____

NOTA: È possibile ottenere un credito a copertura delle spese di cui sei tenuto a farti carico, anche qualora sia in arretrato con i pagamenti o nell'impossibilità di corrisponderli. Le spese mediche comprendono i ticket sanitari, le prescrizioni, i farmaci da banco, l'assicurazione sanitaria, le fatture mediche, i costi di trasporto e altro ancora.

Qualcuno effettua spostamenti da e/o verso luoghi di cura medica (ad esempio farmacia, medico, terapeuta, ecc.) ☐ Sì ☐ No

Se **sì**, compilare la sezione sottostante:

Nome	Indirizzo del medico curante	Numero di viaggi in auto per settimana		Costo del parcheggio, dei mezzi di trasporto pubblico e dei taxi, del servizio navetta, ecc.
		A	DA	

SNAP in un altro Stato

Qualche componente del nucleo familiare ha percepito sussidi SNAP al di fuori dello Stato del Massachusetts negli ultimi 30 giorni? ☐ Sì ☐ No

Se **sì**, chi? _____

Qualcuno dei componenti del nucleo familiare ha ricevuto una sanzione in un altro Stato per il mancato rispetto delle norme sul lavoro previste dallo SNAP ☐ Sì ☐ No

Se **sì**, chi? _____

Supporto per la richiesta

Desidera autorizzarci a contattare una persona o un ente qualora non riuscissimo a raggiungerla telefonicamente?* ☐ Sì ☐ No

Se **sì**, compilare la sezione sottostante:

Nome della persona o dell'agenzia: _____

Numero di telefono: _____

Indirizzo: _____

* A questa figura la chiamiamo “persona o ente di assistenza”. Questo ruolo è valido esclusivamente durante il periodo di presentazione della richiesta.

Autorizzazione alla divulgazione di informazioni

Desidera autorizzare una persona o un ente a parlare con il DTA e a ottenere informazioni riservate relative al suo caso?* ☐ Sì ☐ No

Se **sì**, compilare la sezione sottostante:

Nome della persona o dell'agenzia: _____

Numero di telefono: _____

Indirizzo: _____

* Questo ruolo non può segnalare variazioni né completare colloqui. L'autorizzazione scade dopo un anno.

Rappresentante autorizzato per la certificazione

Desidera autorizzare un ente o una persona di sua fiducia a firmare moduli, segnalare modifiche, partecipare a colloqui e discutere del suo caso con noi?* ☐ Sì ☐ No

Se **sì**, compilare la sezione sottostante:

Nome della persona o dell'agenzia: _____

Numero di telefono: _____

Numero di identificazione del datore di lavoro federale (Uso esclusivo dell'Ente): _____

* Autorizzazione valida fino a revoca.

Rappresentante autorizzato per le transazioni EBT

Desidera autorizzare una persona di Sua fiducia a ricevere una carta EBT per fare la spesa a Suo nome utilizzando i Suoi sussidi SNAP?* ☐ Sì ☐ No

Se **sì**, compilare la sezione sottostante:

Nome della persona: _____

Numero di telefono: _____

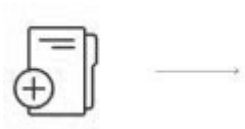
Indirizzo: _____

*L'identità deve essere verificata prima del rilascio della carta. Autorizzazione valida fino a revoca.

- Per annullare la carta EBT di un Rappresentante Autorizzato, è necessario chiamare il numero 800-997-2555.
- Per annullare uno qualsiasi dei ruoli sopra indicati, è necessario chiamare il numero 877-382-2363.

Cosa succederà adesso?

Si prega di conservare le pagine seguenti per i propri archivi.

			
Chiamata telefonica	**Invii i documenti di**	**Richieda i sussidi SNAP**	**Si connetta**
Vi contatteremo per effettuare un colloquio. In caso di mancata reperibilità, riceverà via posta la convocazione per un colloquio telefonico. È possibile inoltre chiamare al numero 877-382-2363, dal lunedì al venerdì, dalle 8:15 alle 16:45, per effettuare il	Se necessario, Le forniremo un elenco di documenti da inviare per verificare la Sua idoneità. I documenti dovranno essere inviati entro 30 giorni dalla data di presentazione della richiesta. Ci contatti se ha bisogno di assistenza!	Le invieremo una lettera con la decisione entro 30 giorni tramite posta. In caso di approvazione, i sussidi saranno accreditati sulla Sua carta EBT. In caso di rifiuto, Le comunicheremo i motivi.	Visiti il sito DTAConnect.com, utilizzi l'applicazione mobile DTA Connect o contatti la linea di assistenza DTA al numero 877-382-2363 per verificare lo stato di un caso, aggiornare le informazioni sul caso, caricare documenti e molto altro ancora!

Per ulteriori informazioni o per ricevere assistenza, è possibile chiamare il numero **877-382-2363** oppure consultare il sito Mass.gov/DTA.

RISORSE AGGIUNTIVE

SNAP Path to Work Per trovare i fornitori di servizi per l'impiego e la formazione, visiti il sito SNAPpathtowork.org. Nota: Questo è solo per i beneficiari del programma SNAP	**SNAP-Ed:** 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 MAhealthyfoodsinasnap.org!
Massachusetts 2-1-1: Chiami il 211 per trovare i programmi di assistenza sanitaria e sociale nella Sua zona.	**Project Bread:** Chiami la hotline di Project Bread dedicata alle fonti alimentari al numero 800-645-8333 per trovare fonti alimentari locali.

LE SUE OPZIONI DI VERIFICA

- **È possibile utilizzare questa lista di controllo per inviare le verifiche relative alla presente richiesta. Questo ci aiuterà a completare la Sua richiesta più rapidamente!**
- **Qualora non si disponga di tutta la documentazione, NON attendere oltre per inviare la richiesta! È possibile presentarli in un secondo momento.**
- **Per ulteriori informazioni, visiti il sito Mass.gov/SNAPverifications.**

☐ **Se nel nucleo familiare è presente un reddito da lavoro**, inviare la prova del reddito lordo (prima delle tasse) delle ultime 4 settimane, come ad esempio:

- ☐ Buste paga o documentazione dei pagamenti ricevuti
- ☐ Certificazione dei compensi percepiti e delle ore lavorat
- ☐ In caso di lavoro autonomo, è necessario presentare documenti aziendali che attestino i redditi e le spese d'impresa, ad esempio:
  - ☐ Allegato C (modulo 1040 dell'IRS)
  - ☐ Modulo IRS 1099 o altra documentazione fiscale
  - ☐ Altra documentazione, quale fatture, bollette o ricevute, comprovante il reddito e/o le spese aziendali

☐ **Se nel nucleo familiare è presente un reddito non da lavoro**, inviare la prova dell'importo mensile, ad esempio:

- ☐ Lettera di concessione del beneficio
- ☐ Dichiarazione dell'ente che effettua i pagamenti

NOTA: Di solito possiamo verificare autonomamente l'importo dei sussidi della Previdenza Sociale, dell'SSI, degli alimenti per i figli erogati dal DOR o dell'indennità di disoccupazione del Massachusetts. Le comunicheremo se è necessario verificare uno qualsiasi di questi elementi.

☐ **Per dimostrare la residenza nel Massachusetts,** è possibile presentare uno dei seguenti documenti:

- ☐ Ricevuta di affitto, contratto di locazione o modulo di verifica del locatore
- ☐ Dichiarazione dell'ente che effettua i pagamenti
- ☐ Modulo di verifica della coabitazione o dichiarazione da parte di un convivente

☐ **Qualora un componente del nucleo familiare effettui pagamenti per il mantenimento dei figli**, si prega di inviare:

- ☐ Documentazione comprovante l'obbligo legale di corrispondere il mantenimento dei figli (ad esempio una sentenza del tribunale) e
- ☐ documentazione dei pagamenti recenti

☐ **Qualora un componente del nucleo familiare sia un cittadino straniero che richiede i benefici,** si prega di presentare una prova dello status di non cittadino, come ad esempio:

- ☐ Carta di residenza permanente (Green Card)
- ☐ Carta di autorizzazione al lavoro
- ☐ Carta di soggiorno temporaneo
- ☐ Timbro del modulo di arrivo-partenza (I-94)
- ☐ Timbro sul passaporto
- ☐ Altro documento indicante lo stato di immigrazione corrente o in sospeso

☐ **Se un membro del nucleo è anziano e/o disabile e ha spese mediche, pari ad almeno $35 al mese,** inviare una prova delle spese (ad esempio fatture, ricevute o scontrini). Alcune spese di trasporto per motivi medici possono essere autocertificate.

☐ **Se qualcuno dei membri del nucleo familiare ha delle spese di rifugio,** si prega di inviare una documentazione comprovante, come ad esempio:

- ☐ Ricevuta di affitto
- ☐ Locazione
- ☐ Lettera del proprietario
- ☐ Assegni annullati o vaglia postali
- ☐ Estratto conto del mutuo
- ☐ Tasse sulla proprietà o assicurazione casa
- ☐ Se non si è il locatario principale o il proprietario dell'immobile, fornire una dichiarazione da parte della persona con cui si convive indicante la propria quota di spese per l'alloggio e le utenze
- ☐ Altri documenti con importo e tipo di spesa dovuti

☐ **Se qualcuno dei membri del nucleo familiare ha delle spese relative alle utenze,** si prega di inviare una documentazione comprovante, ad esempio:

- ☐ Fattura del riscaldamento, dell'aria condizionata, dell'elettricità, del gas o del telefono
- ☐ Fattura per altre spese relative ai servizi pubblici, quali carbone, legna da ardere, raccolta dei rifiuti, acqua e fognature
- ☐ Contratto di locazione con utenze a carico
- ☐ Lettera del proprietario o del coinquilino

☐ **Se qualcuno dei membri del nucleo familiare ha sostenuto spese per l'assistenza a persone a carico,** si prega di inviare una documentazione comprovante, ad esempio:

- ☐ Dichiarazione o lettera del fornitore
- ☐ Ricevute, assegni annullati o vaglia postali

☐ **Qualora un componente del nucleo familiare è uno studente universitario**, si prega di inviare:

- ☐ Se frequenti un community college, qualsiasi documento rilasciato dall'istituto che dimostri la attuale iscrizione
- ☐ Se ricevi una borsa di studio "Mass Grant" o partecipi al programma "Work-Study", la lettera di assegnazione degli aiuti finanziari
- ☐ Per i lavoratori (inclusi i partecipanti a programmi studio-lavoro), è richiesto il riscontro del reddito lordo pre-fiscale delle ultime quattro settimane, ad esempio: buste paga
- ☐ Se si tratta di un programma di formazione, allegare una copia della lettera relativa al programma a cui partecipa il cliente
- ☐ Qualora non sia in condizioni psicofisiche idonee al lavoro, dovrà fornire una lettera del medico che attesti la Sua inabilità all'impiego

☐ Tutti i titolari di benefici SNAP devono attenersi alle regole lavorative ABAWD, salvo il caso in cui rientrino in un'esenzione.

Per consultare l'elenco delle esenzioni e ottenere ulteriori informazioni sulle norme lavorative del programma SNAP, visitare www.mass.gov/snapworkrules oppure chiamare il numero 877-382-2363.

Department of Transitional Assistance (DTA) Avviso relativo a diritti, responsabilità e sanzioni

- Il presente avviso elenca i diritti e le responsabilità per tutti i programmi del DTA. È necessario attenersi alle disposizioni riportate sul presente avviso per i programmi per i quali si presenta domanda.
- Si prega di leggere queste pagine e di conservarle.
- Per qualsiasi domanda, contattare il DTA.

Giuro, sotto pena di spergiuro di:

- Aver letto le informazioni contenute in questo modulo o che mi sono state lette da altri.
- Le risposte fornite nel modulo sono veritiere e complete, al meglio delle mie conoscenze.
- Fornirò al DTA informazioni veritiere e complete, al meglio delle mie conoscenze, durante il colloquio e in futuro.

Prendo atto che:

- fornire informazioni false o furovianti costituisce frode,
- travisare o omettere fatti per ottenere sussidi dal DTA costituisce frode,
- si considera frode una Intentional Program Violation (IPV), e
- qualora il DTA ritenga che io abbia commesso una frode, il DTA ha facoltà di avviare un'azione civile o penale nei miei confronti.

Prendo inoltre atto che:

- Il DTA procederà alla verifica delle informazioni fornite nella mia domanda. Qualora alcune informazione risultassero false, il DTA avrà facoltà di negarmi i sussidi.
- Potrei anche essere perseguito/a penalmente per aver dichiarato informazioni false.
- Qualora il DTA riceva da una fonte affidabile informazioni relative a una modifica del mio nucleo famigliare, l'importo del mio sussidio potrebbe cambiare.
- Firmando il presente modulo, autorizzo il DTA a verificare la mia idoneità ai sussidi, tra cui:
  - Ottenere informazioni da altre agenzie statali o federali, enti per l'edilizia popolare, dipartimenti assistenziali di altri stati, istituzioni finanziarie e Equifax Workforce Solutions (the Work Number) Autorizzo inoltre queste agenzie a condividere con il DTA le informazioni sull'idoneità a ricevere i sussidi del mio nucleo familiare.
  - Qualora il DTA utilizzi le informazioni provenienti da Equifax relative al mio reddito familiare, ho diritto a ricevere una copia gratuita del mio rapporto Equifax se lo richiedo entro 60 giorni dalla decisione del DTA. Ho il diritto di contestare le informazioni contenute nel rapporto. Posso contattare Equifax all'indirizzo: Equifax Workforce Solutions, 11432 Lackland Road, St. Louis, MO 63146, 800-996-7566 (numero verde).
- Ho il diritto di ricevere una copia della mia domanda, comprese le informazioni che il DTA utilizza per determinare l'idoneità del mio nucleo familiare e l'importo del sussidio. Posso richiedere al DTA una copia della domanda compilata in formato elettronico.

In che modo il DTA utilizzerà le mie informazioni?

Firmando qui sotto, autorizzo il DTA a ricevere e condividere informazioni che mi riguardano e che riguardano i membri del mio nucleo familiare con:

- Banche, scuole, governo, datori di lavoro, locatori, società di servizi e altre agenzie, per verificare la mia idoneità ai sussidi.
- Società elettriche, compagnie telefoniche e del gas per consentirmi di usufruire di sconti sulle utenze. Le aziende non possono condividere le mie informazioni o usarle per altri scopi.
- Il Department of Housing and Livable Communities per registrarmi al Heat & Eat Program. Questo programma aiuta le persone a ottenere il maggior numero di sussidi SNAP possibili.
- Il Department of Early and Secondary Education affinché i miei figli possano usufruire di pasti scolastici gratuiti.
- Il Programma Woman, Infants and Children (WIC) per consentire a tutti i bambini di età inferiore ai 5 anni o a una donna incinta nel mio nucleo familiare di accedere al WIC.
- Il United States Citizenship and Immigration Services (USCIS), per verificare il mio status di immigrato/a. Le informazioni fornite dall'USCIS potrebbero influire sull'idoneità del mio nucleo familiare e sull'importo dei sussidi del DTA.

Nota: Anche nel caso in cui Lei non avesse diritto alle prestazioni a causa dello status di immigrato, il DTA non La

segnalerà alle autorità competenti per l'immigrazione, a meno che Lei non esibisca al DTA un'ordinanza definitiva di espulsione.

- Il Department of Revenue (DOR) per verificare la mia idoneità ai crediti d'imposta basati sul reddito, come l'Earned Income e il Limited Income, e per verificare la mia idoneità al "No Tax Status" o allo stato di necessità.
- Il Department of Children and Families (DCF) per coordinare i servizi offerti congiuntamente dal DTA e dal DCF.

In che modo il DTA utilizza i numeri di previdenza sociale (SSNs)?
Il DTA è autorizzato a chiedere gli SSNs ai sensi del Food and Nutrition Act of 2008 (7 U.S.C. 2011-2036) per lo SNAP e ai sensi del M.G.L. c. 18 paragrafo 33 per il TAFDC e l' EAEDC. Il DTA utilizza gli SSNs per:

- Verificare l'identità e l'idoneità di ogni componente del nucleo familiare per cui presento domanda mediante programmi di matching dei dati.
- Controllare l'aderenza alle disposizioni previste dal programma.
  - Recuperare denaro qualora il DTA sostenga che io abbia ricevuto sussidi a cui non avevo diritto.
  - Aiutare le forze dell'ordine a trovare le persone che cercano di eludere la legge.

Prendo atto che non sono tenuto/a fornire al DTA l'SSN di alcun membro non-cittadino del mio nucleo familiare, incluso il mio, qualora non si desideri ricevere i sussidi. Il reddito di un non-cittadino potrebbe comunque essere conteggiato, anche se questi non riceve sussidi.

Diritto a un interprete
Prendo atto che:

- Ho il diritto a farmi assistere da un'interprete professionista gratuito fornito dal DTA se preferisco comunicare in una lingua diversa dall'inglese.
- Se ho un'udienza del DTA, posso chiedere al DTA di fornirmi un'interprete professionista gratuito oppure, se preferisco, posso portare qualcuno che mi faccia da interprete. Se ho bisogno che il DTA mi fornisca un'interprete per un'udienza, devo chiamare la Division of Hearings (Divisione udienze) almeno una settimana prima della data dell'udienza.

Diritto a registrarsi per votare
Prendo atto che:

- Ho il diritto di registrarmi per votare attraverso il DTA.
- Se lo desidero, il DTA mi assisterà nella compilazione del modulo di domanda per la registrazione degli elettori.
- Posso compilare il modulo di domanda per la registrazione degli elettori in privato.
- Iscriversi al registro elettorale o decidere di non farlo non influirà sui sussidi DTA.

Opportunità di impiego
Acconsento che il DTA possa condividere il mio nome e i miei dati di contatto con fornitori di servizi di formazione e lavoro, tra cui:

- I fornitori di SNAP Path to Work o gli specialisti del DTA per i cienti SNAP; e
- I fornitori di servizi di formazione e lavoro a contratto o Full Engagement Workers per i clienti TAFDC.

I clienti SNAP possono partecipare volontariamente a servizi di istruzione e formazione lavoro attraverso il programma SNAP Path to Work.

Status di cittadinanza
Giuro che tutti i membri del mio nucleo familiare che presentano domanda per i sussidi del DTA sono cittadini americani o non cittadini legalmente residenti.

Supplemental Nutrition Assistance Program

Prendo atto che:

- Il DTA gestisce il programma SNAP in Massachussets.
- Nel momento in cui presento una domanda al DTA (per telefono, online, di persona, per posta o fax), il DTA ha 30 giorni di tempo dalla data di ricezione della domanda per decidere sulla mia idoneità.

- Se ho diritto allo SNAP accelerato (d'emergenza), il DTA mi deve consegnare lo SNAP e assicurarsi che io riceva una tessera Electronic Benefit Transfer (EBT) entro 7 giorni dalla data di ricezione della mia domanda.
- Ho il diritto di parlare con un supervisione del DTA se:
  - Il DTA sostiene che non ho diritto ai sussidi SNAP di emergenza ma non concordo con questa valutazione.
  - Ho diritto ai sussidi SNAP di emergenza, ma non mi vengono erogati entro il 7° giorno dalla presentazione della domanda per gli SNAP.
  - Ho diritto ai sussidi SNAP di emergenza, ma non ricevo la tessera EBT entro il 7° giornodalla presentazione della domanda per gli SNAP.

- Quando ricevo gli SNAP devo attenermi a determinate regole. Una volta ottenuta l'approvazione per gli SNAP, il DTA mi consegnerà una copia dell'opuscolo "Your Right to Know" (conosci i tuoi diritti) nonché la brochure del programma SNAP. Leggerò gli opuscoli o me li farò leggere da qualcuno. Se ho domande o bisogno di aiuto per leggere o capire queste informazioni, posso contattare il DTA al numero 877-382-2363.
- **Comunicare al DTA le modifiche nella composizione del mio nucleo familiare:**
  - Qualora il mio nucleo familiare sia di tipo SNAP Simplified Reporting, non ho l'obbligo di comunicare la maggior parte dei cambiamenti al DTA fino alla scadenza dell'Interim Report (Rapporto semestrale) o del rinnovo della certificazione. Le uniche cose che devo segnalare al più presto sono:
    - Se il reddito del mio nucleo familiare supera la soglia di reddito lordo (indicato nella notifica di approvazione).
      - Devo comunicarlo entro il 10° giorno del mese successivo a quello in cui si è verificato il superamento della soglia di reddito.
    - Nel caso in cui io debba rispettare le norme lavorative Able-Bodied Adults Without Dependents (ABAWD) e le mie ore di lavoro scendano al di sotto delle 20 ore settimanali.
  - Se tutti i componenti del mio nucleo familiare hanno 60 anni o più, sono disabili o sono minori di 18 anni e nessuno ha un reddito da lavoro, le uniche cose che devo segnalare sono:
    - Se qualcuno inizia a lavorare, o
    - Qualcuno entra o esce dal mio nucleo familiare.
      - Devo comunicare tali modifiche entro il 10° giorno del mese successivo a quello della modifica.
  - Se ricevo lo SNAP tramite il Transitional Benefits Alternative (TBA) perché il mio TAFDC è stato sospeso, non devo segnalare alcuna modifica al DTA per i 5 mesi in cui ricevo il TBA.
  - Se ricevo lo SNAP tramite il Bay State CAP, non devo segnalare alcuna modifica al DTA.

Se io e tutti i componenti della mia famiglia riceviamo sostegno economico (TAFDC o EAEDC), devo segnalare determinate modifiche al DTA entro 10 giorni dalla modifica. Vedere **Quando devo comunicare al DTA i cambiamenti nel mio nucleo familiare?** alla voce **Transitional Aid to Families with Dependent Children (TAFDC) e Emergency Aid to the Elderly, Disabled, and Children (EAEDC)** sotto.

Potrei ottenere ulteriori sussidi SNAP se segnalo e presento al DTA le prove di quanto segue, in qualsiasi momento:

- Spese per la cura dei figli o di altri familiari a carico, spese per l'alloggio e/o per le utenze.
- Mantenimento dei figli che io (o un membro del mio nucleo familiare) sono legalmente tenuto/a a versare a una persona esterna al nucleo familiare; e
- Spese mediche per i membri del mio nucleo familiare, me compreso/a, che hanno un'età pari o superiore ai 60 anni o sono disabili.

Norme lavorative per i clienti SNAP: Se riceve i sussidi SNAP e ha un'età compresa tra i 16 e i 59 anni, potrebbe soddisfare le norme lavorative di ABAWD e/o le norme lavorative generali SNAP, a meno che non sia esente. Il DTA informerà me e i membri del mio nucleo familiare, se siamo tenuti al rispetto delle norme lavorative, quali sono le esenzioni e cosa accadrà qualora le norme non vengano rispettate.

Se Lei è soggetto/a alle norme lavorative SNAP:

- Deve registrarsi per il lavoro al momento della domanda e quando rinnova la certificazione SNAP. Si registra quando firma il modulo di domanda o di rinnovo della certificazione SNAP.
- Deve fornire al DTA informazioni relative al suo stato occupazionale quando il DTA le richiede.
- Deve presentarsi a un datore di lavoro se il DTA l'ha segnalata per una posizione.
- Deve accettare un'offerta di lavoro (a meno che Lei non abbia un motivo valido per rifiutarla).
- Non deve abbandonare un lavoro di oltre 30 ore settimanali senza un valido motivo.
- Non deve ridurre le sue ore lavorative a meno di 30 ore settimanali senza un valido motivo.

Regolamento SNAP

- Non fornisca informazioni false né le ometta al fine di ottenere sussidi SNAP.
- Non ceda o venda sussidi SNAP.
- Non alteri le tessere EBT per ottenere sussidi SNAP per i quali non è idoneo/a.
- Non utilizzi i sussidi SNAP per acquistare articoli non ammissibili, tra cui bevande alcoliche e tabacco.
- Non utilizzi i sussidi SNAP o la tessera EBT di qualcun'altro, a meno che non sia un rappresentante autorizzato, o qualora il beneficiario Le abbia consentito di usare la tessera per suo conto.

Avviso di sanzione SNAP

Sono consapevole che qualora io, o un membro SNAP del mio nucleo familiare violiamo deliberatamente (consapevolmente) una delle regole sopra elencate, quella persona non avrà diritto allo SNAP per *un anno* dopo la prima violazione, per *due anni* dopo la seconda violazione e *per sempre* dopo la terza violazione. La persona in questione potrebbe essere punita con una multa fino a 250.000,00 $, una condanna a 20 anni di reclusione o entrambe le sanzioni. Potrebbe anche essere perseguita ai sensi delle leggi federali e statali.

Prendo inoltre atto delle seguenti sanzioni. Qualora io, o un membro SNAP della mia famiglia:

- Commettiamo una Intentional Program Violation (IPV) del **programma di sostegno economico**, non saremo ritenuti idonei per lo SNAP per lo stesso periodo in cui non saremo idonei per l'assistenza in denaro.
- Rilasciamo una dichiarazione fraudolenta sulla nostra identità o residenza per ottenere più sussidi SNAP *contemporaneamente*, perderemo il diritto allo SNAP per ***dieci anni***.
- Commerciamo (acquistiamo o vendiamo) sussidi SNAP in cambio di sostanze controllate/droghe illegali, perderemo il diritto allo SNAP per ***due anni*** in caso di prima constatazione, ***per sempre*** in caso di seconda constatazione.
- Commerciamo (acquistiamo o vendiamo) sussidi SNAP in cambio di armi da fuoco, munizioni o esplosivi, perderemo il diritto allo SNAP ***per sempre***.
- Facciamo un'offerta per vendere sussidi SNAP o una tessera EBT online o di persona, lo Stato potrebbe avviare un'azione legale per IPV nei nostri confronti.
- Paghiamo per alimenti acquistati a credito, perderemo il diritto allo SNAP.
- Acquistiamo prodotti con sussidi SNAP con l'intento di disfarsi dei contenuti e rendere i contenitori in cambio di denaro contante, perderemo il diritto allo SNAP.
- Fuggiamo per evitare l'accusa, la custodia o la detenzione a seguito di una condanna per un reato grave, perderemo il diritto allo SNAP.
- Violiamo la libertà vigilata o condizionale, quando le forze dell'ordine cercano attivamente di eseguire l'arresto, perderemo il diritto allo SNAP

Chiunque abbia ricevuto una condanna per reato grave dopo il 7 febbraio 2014, non ha diritto ai sussidi SNAP se si tratta di criminali in fuga o che stanno violando la libertà vigilata o condizionale, secondo l'art. 7 CFR §273.11(n) - **e** sono stati condannati come adulti per:

1. Abuso sessuale aggravato ai sensi dell'articolo 2241 del titolo 18, U.S.C.;
2. Omicidio ai sensi dell'articolo 1111 del titolo 18, U.S.C.;
3. Qualsiasi reato ai sensi dell'art. 110 del titolo 18, U.S.C.;
4. Un reato federale o statale relativo a violenza sessuale, come definito nell'art. 40002(a) del VAWA 1994 (42 U.S.C. 13925a); oppure
5. Un reato nell'ambito della legge statale che il Procuratore Generale ritiene sostanzialmente simile a un reato descritto in questo elenco.

Dichiarazione di non discriminazione

In conformità con le leggi federali sui diritti civili e con i regolamenti e le politiche del Dipartimento dell'Agricoltura degli Stati Uniti USDA, a questa istituzione è fatto divieto di discriminare in base a razza, colore della pelle, origine nazionale, sesso (compresa l'identità di genere e l'orientamento sessuale), credo religioso, disabilità, età, convinzioni politiche, o rappresaglie o ritorsioni per precedenti attività in materia di diritti civili.

Le informazioni sul programma potrebbero essere disponibili in lingue diverse dall'inglese. Le persone con disabilità che necessitano di mezzi di comunicazione alternativi per acquisire informazioni sul programma (ad es., Braille, caratteri grandi, audiocassette, linguaggio dei segni americano), devono contattare l'agenzia (statale o locale) presso la quale hanno presentato domanda di sussidio. Le persone affette da sordità, ipoudenti o con difficoltà del linguaggio possono contattare l'USDA tramite il Federal Relay Service al numero (800) 877-8339.

Per presentare un reclamo per discriminazione, il ricorrente deve compilare un modulo AD-3027, USDA Program Discrimination Complaint Form (Modulo di reclamo per discriminazione) disponibile online al link: https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf, presso qualsiasi ufficio USDA, chiamando il numero (866) 632-9992, o scrivendo un lettera indirizzata all'USDA. La lettera deve contenere il nome, l'indirizzo, il numero di telefono del ricorrente e una descrizione scritta della presunta azione discriminatoria, sufficentemente dettagliata da informare l'Assistant Secretary for Civil Rights (Vice segretario per i diritti civili) (ASCR) riguardo la natura e la data della presunta violazionedei diritti civili. Il modulo AD-3027 o la lettera compilati devono essere inviati per:

1. **posta:**
   Food and Nutrition Service, USDA
   1320 Braddock Place, Room 334
   Alexandria, VA 22314; o

2. **fax:**
   (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o

3. **email:**
   FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

Questa istituzione opera in conformità con il principio delle pari opportunità.

Transitional Aid to Families with Dependent Children (TAFDC) e
Emergency Aid to the Elderly, Disabled, and Children (EAEDC)

Il TAFDC e l'EAEDC sono programmi di sostegno economico. Per maggiori informazioni e per fare domanda, visitare DTAConnect.com o contattare l'ufficio DTA locale. Queste informazioni sono valide solo per i nuclei familiari che stanno facendo domanda o che ricevono il TAFDC o l'EAEDC.

Quando devo informare il DTA riguardo ai cambiamenti nel mio nucleo familiare?
Devo informare il DTA dei cambiamenti che potrebbero influire sul mio TAFDC o EAEDC (sussidi in denaro) **entro 10 giorni**; ciò include qualsiasi cambiamento relativo al mio indirizzo, al/ai conviventi, alla composizione del nucleo familiare, all'inizio e alla cessazione del lavoro, all'assicurazione sanitaria e qualsiasi variazione del mio reddito che superi i 100 $ al mese. Non sono tenuto/a a informare il DTA sulle variazioni di reddito inferiori ai 100 $ al mese.

Come ottengo l'assicurazione sanitaria?

- Se ottengo il TAFDC o l'EAEDC, otterrò anche MassHealth.
- Se mi viene negato il TAFDC o l'EAEDC o se i sussudi si interrompono, dovrò fare domanda per MassHealth separatamente. Per inoltrare la domanda a MassHealth chiamare 800-841-2900.

Se ottengo la MassHealth, acconsento alla raccolta da parte di MassHealth di:

- denaro che mi è dovuto da un'altra fonte per la mia assistenza sanitaria, e
- assistenza sanitaria da parte del genitore assente, per ogni bambino di età inferiore ai 19 anni che riceve i sussidi da MassHealth.

Ci sono norme specifiche se la mia idoneità dipende <u>esclusivamente</u> da un incidente o un infortunio?
Se la mia famiglia riceve sussidi da MassHealth o dal DTA a causa di un incidente o di un infortunio, devo utilizzare qualsiasisomma di denaro ottenuta per l'incidente o l'infortunio per rimborsarli. Il denaro può provenire da una polizza assicurativa, da un risarcimento, o da qualsiasi altra fonte. Ciò vale anche se non sono ancora a conoscenza delle possibilifonti di denaro.

Accetto di collaborare con MassHealth e con il DTA mediante:

- La presentazione di domande di risarcimento da altre fonti.
- La tempestiva comunicazione a MassHealth e al DTA di qualsiasi-richiesta di risarcimento assicurativo, causa, o altro procedimentoper ottenere denaro.
- La comunicazione a MassHealth e al DTA di nuove informazioni nel momento in cui le ricevo.

Se non collaboro, MassHealth e il DTA potrebbero interrompere o respingere i miei sussidi. Accetto che MassHealth e il DTA possano:

- Condividere informazioni sui miei sussidi al fine di riscuotere il denaro necessario a rimborsare tali sussidi.
- Consultare tutti i documenti relativi al denaro che potrei ricevere in seguito all'incidente o all'infortunio, ad esempio la documentazione presso il Department of Industrial Accidents.

Se ottengo l'EAEDC perché sono disabile o ho più di 65 anni, devo fare domanda per i sussidi federali del Supplemental Security Income (SSI). Se ottengo l'approvazione per i sussidi SSI che coprono lo stesso periodo in cui ho ricevuto l'EAEDC, la Social Security Administration invierà una parte del mio SSI retroattivo al DTA per rimborsare l'EAEDC.

Avviso importante riguardo alla legge e sussidi a cui ha diritto
Una Intentional Program Violation (IPV) consiste nel fornire intenzionalmente una dichiarazione falsa o fuorviante o nel travisare, nascondere o omettere fatti, oralmente o per iscritto, al fine di stabilire o mantenere l'idoneità ai sussidi del TAFDC o del EAEDC, o per ottenere sussidi ai quali non ho diritto.

Se vengo giudicato/a colpevole di un IPV da un tribunale, o da un'udienza di interdizione amministrativa, sarò interdetto/a dal ricevere sussidi 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

Inoltre, possono essere applicate altre leggi.

Divieti relativi agli acquisiti con tessera EBT
Sono consapevole che è illegale utilizzare fondi TAFDC o EAEDC detenuti su una tessera electronic benefit transfer (EBT) per pagare quanto segue: bevande alcoliche, prodotti a base di tabacco, biglietti della lotteria, materiale o spettacoli per adulti, gioco d'azzardo, armi da fuoco e munizioni, servizi per le vacanze, tatuaggi, body piercing, gioielli, televisori, stereo, videogiochi o consolle presso negozi di noleggio; prodotti a base di marijuana; spese ordinate dal tribunale; multe; cauzioni o obbligazioni per cauzione.

Divieti relativi all'utilizzo della tessera EBT in determinati luoghi
Sono consapevole che è illegale utilizzare la mia tessera electronic benefit transfer (EBT) nei seguenti luoghi: librerie per adulti, negozi di attrezzatura per adulti o strutture per spettacoli destinati a un pubblico adulto, rivenditori di munizioni, casinò, casinò di gioco d'azzardo o strutture per il gioco d'azzardo, navi da crociera, rivenditori di armi da fuoco, gioiellerie, negozi di liquori, negozi di manicure o di estetica, agenzie per il trasferimento di contanti in paesi stranieri; negozi di marijuana o negozi di tatuaggi.

Sanzioni per acquisti vietati effettuati in contanti con tessera EBT.
- **Prima infrazione:** Devo restituire al DTA l'importo speso.
- **Seconda infrazione**: Devo restituire al DTA l'importo speso e perderò i sussidi in denaro per **due mesi**.
- **Terza infrazione:** devo restituire al DTA l'importo speso e perderò i sussidi in denaro **definitivamente**.

FIRMA:

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

Firma del Richiedente: _____

Data: _____