

SOLO PER USO INTERNO

Assistente sociale IM _____ Data _____ No di fascicolo _____

Supervisore IM _____ Data _____ No di fascicolo correlato _____

Status TANF:: () NA () RA () RO () TR Registrato il _____

SEZIONE I

AL RICHIEDENTE: Si prega di far uso di penna per compilare accuratamente questo modulo. SE ESISTONO DUBBI IN MERITO AD ALCUNE RISPOSTE, SI PREGA DI LASCIARE IN BIANCO. Eventuali domande andranno indirizzate all'assistente sociale della contea.

NON SCRIVERE NELLE CASELLE GRIGIO CHIARO

1. Per quale/i programma/i desiderate fare domanda per la prima volta, oppure nuovamente?

- () ASSISTENZA TEMPORANEA PER FAMIGLIE BISOGNOSE (TANF) () SOLO MEDICAID- AFDC () ASSISTENZA GENERALE
 () PROGRAMMA NJ SNAP () PROGRAMMA DI RE-INSEDIAMENTO DEI RIFUGIATI
 () ASSISTENZA EMERGENZIALE () PROGRAMMA DI SUSSIDIO AI FAMILIARI

Il Sottoscritto riconosce/noi riconosciamo che quale criterio di idoneità al WFNJ, si richiede la mia/nostra continua e attiva ricerca di impiego al fine di ottenere autosufficienza.

Il Sottoscritto riconosce/noi riconosciamo che quale criterio di idoneità al WFNJ, si richiede la registrazione al collocamento presso il New Jersey One Stop Career Center.

2. È disposto a lavorare? [] SÌ [] NO

3. Nome del richiedente: _____
 (COGNOME) (NOME) (SECONDO NOME) (COGNOME DA NUBILE)

4. Resident Address: **The place where you actually live:**

 (NUMBER AND STREET OR RFD) (CITY) (STATE) (ZIP CODE)

Recapito postale, se diverso dalla residenza sopra dichiarata.

 (CASELLA POSTALE, INDIRIZZO STRADALE, O RFD) (CITY) (STATE) (ZIP CODE)

Recapito telefonico: CASA () _____ UFFICIO () _____ CELLULARE () _____

5. Residenza nel New Jersey (NON APPLICABILE PER IL PROGRAMMA NJ SNAP)

VERIFICA DELLA RESIDENZA

Ha intenzione di continuare a vivere nel New Jersey? [] SÌ [] NO

Se "NO", fornire delucidazioni: _____

6. Il richiedente potrà delegare un mandatario/mandatari al di fuori del nucleo familiare ad inoltrare una domanda di sussidio NJ SNAP o GA, a ricevere sussidi NJ SNAP o GA, oppure ad utilizzare i sussidi NJ SNAP per acquistare alimenti per suo conto. Se dichiarato idoneo a ricevere sussidi NJ SNAP, il mandatario otterrà una carta FAMILIES FIRST EBT per l'acquisto di alimenti da destinarsi al richiedente stesso. Per la designazione di un mandatario, il richiedente dovrà fornire le seguenti informazioni:

Nome del mandatario	Data di nascita	Indirizzo	SSN (facoltativo)	Telefono

QUESITI 7 e 8 A SEGUITO – SOLO PER I RICHIEDENTI DEL SUSSIDIO NJ SNAP

7. You have the right to file an application for NJ SNAP immediately by providing your name, address, signature and date signed. If you are determined eligible, your benefits will be paid from that date. (If you file an application and provide all the necessary information about your circumstances and are found eligible, you can get NJ SNAP within 30 days of the date the NJ SNAP office receives your application.)

8. Se il richiedente dispone di entrate e risorse esigue potrebbe essere idoneo a ricevere sussidi accelerati (erogati entro 7 giorni). **LE RISPOSTE FORNITE AI SEGUENTI QUESITI DETERMINERANNO L'IDONEITÀ A QUESTO SUSSIDIO:**

- (a) Il reddito familiare mensile lordo del richiedente ammonta a meno di \$150.00 e la liquidità familiare totale (ad esempio, contanti o c/c e conti di risparmio) ad un massimo di \$100.00? [] SÌ [] NO
- (b) Il canone di affitto o il debito ipotecario mensili del richiedente, congiuntamente al costo delle utenze domestiche ammonta ad una somma superiore al reddito familiare mensile e alla liquidità familiare totale del richiedente? [] SÌ [] NO
- (c) Il nucleo familiare del richiedente è costituito da individui impegnati in lavoro agricolo stagionale o di natura migratoria senza o con minimi redditi? [] SÌ [] NO

SOLO PER USO INTERNO

IDOENITÀ CATEGORICA:

Tutti i membri del nucleo familiare ricevono sussidi di Public Assistance (WFNJ) o SSI? [] SÌ [] NO

9. _____
 (FIRMA DI CHI PRESENTA LA DOMANDA) (DATA IN CUI È STATA APPOSTA LA FIRMA)

Nome	Numero SSN	Data di nascita Luogo di nascita	Rapporto di parentela con il richiedente	Sesso (F) o (M)	Razza/ Appartenenza etnica	Status giuridico del cittadino straniero	Stato civile	Livello scolastico e scuola	
Altro richiedente									PA
Cognome									NJ SNAP MA
Nome Sec. nome									
Solo per uso interno									
Altro richiedente									PA
Cognome									NJ SNAP MA
First m.i									
Solo per uso interno									
Altro richiedente									PA
Cognome									NJ SNAP MA
Nome Sec. nome									
Solo per uso interno									
Altro richiedente									PA
Cognome									NJ SNAP MA
Nome Sec. nome									
Solo per uso interno									

11. Elencare i nomi di cittadini stranieri risidenti presso il domicilio del richiedente

NOME	DATA DI ARRIVO/ PAESE DI ORIGINE	No di REGISTRAZIONE	NOME DELLO SPONSOR/ dell'AGENZIA per il RE- INSEDIAMENTO	INDIRIZZO DELLO SPONSOR/ dell'AGENZIA per il RE- INSEDIAMENTO	DATA della RICHIESTA DI CITTADINANZA	REDDITO DELLO SPONSOR

12. Elencare altri individui risidenti presso il domicilio del richiedente non elencati sopra (inclusi coloro che affittano una stanza)

NOME	RAPPORTO DI PARENTELA CON IL RICHIEDENTE

12a. Nome della persona da contattare in caso di emergenza (Solo per richieste GA) _____

Telefono _____ Indirizzo _____

13. Nome della donna in gravidanza _____ Data della nascita _____

Nome del medico curante _____ Indirizzo del medico curante _____

14. Qual'è la lingua usata principalmente a casa? _____

15. Il richiedente o qualunque altro membro del suo nucleo familiare riceve o ha ricevuto sussidi TANF nel New Jersey, o in un altro stato o territorio, oppure sussidi di Assistenza Generale (GA) nel new Jersey dall'aprile 1997?			[] Sì [] No
Individuo ricevente assistenza/sussidio	Tipo di assistenza/sussidio	Quando	Assistenza fornita da

16. Il richiedente o qualunque altro membro del suo nucleo familiare è latitante oppure ha violato eventuali termini di semilibertà o di libertà vigilata imposti da corti federali o statali?		[] Sì [] No
Individuo latitante o in violazione	Latitante da	

17. Il richiedente o qualunque altro membro del suo nucleo familiare è stato condannato per aver ricevuto sussidi in maniera fraudolenta da due o più agenzie contemporaneamente?			[] Sì [] No
Individuo condannato per frode	Dove si è verificata la frode	Quando	Quali sussidi

18. A partire dal 22 agosto 1996, il richiedente o qualunque altro membro del suo nucleo familiare è stato condannato per il possesso, l'uso o lo spaccio di sostanze disciplinate, il che costituisce un reato perseguibile? Applicabile solo ai sussidi GA			[] Sì [] No
Individuo che ha commesso il reato	Tipologia di reato	Dove si è verificato il reato	

19. Nel caso di condanna per reati perseguibili connessi al possesso e all'uso, il richiedente si è iscritto a oppure ha completato programmi approvati di riabilitazione terapeutica condotti dal Dipartimento della Sanità e dei Servizi per gli Anziani?		[] Sì [] No
Individuo che riceve il trattamento terapeutico	Luogo del trattamento terapeutico	Data del trattamento

19. a. Nel caso in cui il richiedente non si è iscritto a oppure non ha completato programmi approvati di riabilitazione terapeutica condotti dal Dipartimento della Sanità e dei Servizi per gli Anziani, indicarne la ragione.

20. Un qualunque membro del nucleo familiare ha lasciato il suo impiego di propria volontà?

Negli ultimi 90 giorni per il WFNJ [] Sì [] NO Se Sì, chi? _____

Negli ultimi 60 giorni per il NJ SNAP [] Sì [] NO Se Sì, chi? _____

Se Sì, perché? _____

21. Un qualunque membro del nucleo familiare è in sciopero? [] Sì [] NO

Se Sì, chi? _____

22. Indicare l'ultimo giorno di impiego _____

22a. Cosa fa il richiedente da allora? _____

23. Ai soli fini del WFNJ, si prega di elencare i rapporti di lavoro degli ultimi 3 anni relativi a ciascun individuo richiedente sussidi, a cominciare dall'impiego più recente.

Nome	Nome del datore di lavoro	Indirizzo del datore di lavoro	Dal	Al

24. Si anticipano mutamenti delle attuali circostanze in un futuro prossimo venturo per i membri del nucleo familiare, quali, ad esempio, mutamenti nelle prospettive reddituali, nelle dimensioni del nucleo familiare, relative a cambiamenti di residenza, ai costi dell'alloggio, oppure all'acquisto o la vendita di un'automobile?

SÌ NO Se "SÌ", quali mutamenti _____

25. REDDITO DA LAVORO: Il richiedente o chi vive nello stesso domicilio ottiene redditi da attività lavorative in proprio, da lavori saltuari, di vendita, offrendo servizi di baby-sitter, o da altra fonte di reddito? SÌ NO Se "SÌ", fornire le seguenti informazioni relative a ciascun individuo:

COGNOME NOME						
ORE SETTIMANALI						
TEMPI DI EROGAZIONE PAGA						
NOME E INDIRIZZO DEL DATORE DI LAVORO o "ME STESSO" SE LAVORATORE AUTONOMO						
PAGA (AMMONTARE LORDO) E DATE DI EROGAZIONE	DATE	SOMMA	DATE	SOMMA	DATE	SOMMA

26. ASSISTENZA A BAMBINI E ADULTI BISOGNOSI: Chi, tra i membri del nucleo familiare ricevente assistenza sociale e sussidi NJ SNAP sostiene spese per l'assistenza ai bambini e agli adulti bisognosi per circostanze legate al proprio impiego, alla scuola, o alla ricerca di lavoro? SÌ NO Se "SÌ", chi aveva bisogno di assistenza? (Elencare in basso)

NOME BAMBINO/ADULTO	ASSISTENZA FORNITA DA (NOME DELLA PERSONA)	GIORNI A SETTIMANA	TARIFFA ORARIA	TOTALE GIORNI	SOMMA PAGATA/DA CHI

VERIFICHE

27. SUPPORTO FIGLI: Il richiedente ha l'obbligo legale di pagare le spese di mantenimento di un minore che risiede al di fuori del nucleo familiare?

SÌ **NO** Se "**SÌ**", completare le seguenti informazioni: (includere eventuali pagamenti arretrati per il mantenimento di minori, se legalmente obbligato alla loro erogazione.)

A CHI	INDIRIZZO	ETÀ DEL MINORE	SOMMA MENSILE VERSATA	No ORDINANZA GIUDIZIARIA

28. ASSICURAZIONE SANITARIA: Chi ha copertura sanitaria? **SE NESSUNO, SELEZIONARE LA CASELLA ().**

COGNOME E NOME	COMPAGNIA ASSICURATIVA	NUMERO DI POLIZZA	ASSICURATO

29. Un eventuale coniuge assente fornisce l'assicurazione sanitaria al richiedente? **SÌ** **NO** Se "**SÌ**", quale assicurazione? _____

30. Un eventuale genitore assente fornisce l'assicurazione sanitaria ai figli per i quali ha presentato richiesta di sussidio? **SÌ** **NO** Se "**SÌ**", quale assicurazione e con quale compagnia? _____

31. Il richiedente o i membri del nucleo familiare hanno richiesto altri sussidi Medicaid? Se "**SÌ**", da quali programmi? _____ . Data della richiesta _____.

32. ALTRO REDDITO: Il richiedente o un membro del nucleo familiare ricevente assistenza sociale o sussidi NJ SNAP (inclusi eventuali genitori acquisiti) riceve o ha fatto richiesta dei seguenti sussidi: **SÌ** ___ **NO** ___ **SE SÌ, SELEZIONARE LE OPZIONI APPROPRIATE.**

Indennità di disoccupazione	Proventi da affitto immobili	Indennizzi da infortuni sul lavoro
Indennità per veterani di guerra	Proventi da co-inquilini e/o affittuari di camere	Sussidi sindacali e pensionistici
Previdenza sociale/Fondo pensione per i ferrovieri	Proventi da parenti, conoscenze, logge o sindacati	Mantenimento minori
Reddito di previdenza complementare (SSI)	Rimborsi fiscali o da crediti	Emissioni da un membro delle Forze Armate
Indennità di invalidità	Pagamenti relativi ad affido familiare	Assistenza generale
Adozione sovvenzionata	Fondo fiduciario	Indennità di formazione
Interessi/dividendi da capitale azionario, obbligazioni, conti bancari, ecc.	Pagamenti forfettari (da benefici retroattivi, proventi da cause legali, ecc.)	Prestiti scolastici, sovvenzioni scolastiche, borse di studio o stipendi scolastici
Rendite (inclusi eventuali dividendi derivati da polizze assicurative sulla vita)	Proventi forfettari, vincite o doni	Sussidi per impieghi supplementari
Supporto finanziario derivato da pagamenti per l'affido familiare, come da programma DCP&P	Supporto finanziario derivato da sussidi relativi al programma DCP&P di tutela legale	Altri proventi, quali corresponsione degli alimenti (specificare):

Fornire le specifiche informazioni relative alle caselle selezionate sopra:

Cognome e Nome	Fonte di reddito	Ricevuto/i il	Somma totale

VERIFICHE

33. RISORSE: (Non trova applicazione per i nuclei familiari riceventi sussidi NJ SNAP non idonei all'ampliamento dei criteri di eleggibilità). Il richiedente o chiunque risieda con lui/lei dispone di contanti, conti correnti e di risparmio, azioni, obbligazioni, certificati di deposito, fondi pensione/piani Keogh, fondi comuni, fondi fiduciari, depositi a risparmio, conti bancari relativi per spese natalizie/vacanze, affiliazioni ad enti creditizi, contanti o valori in cassette di sicurezza, note o contratti di valore, conti ipotecari e altre risorse? SÌ NO

Individuo che possiede le risorse	Che tipologie di risorse?	Dove sono le risorse?	Che valore hanno le risorse?

VERIFICHE

34. Elencare i veicoli posseduti dai membri del nucleo familiare. Includere ogni mezzo di trasporto, inclusi automobili, furgoni, semi-rimorchi, pick-up, rimorchi, autocaravan, motociclette, barche, ecc. SE NESSUNO, SELEZIONARE LA CASELLA ().

Nome del proprietario	Modello/tipo	Anno/marca	Tipologia d'uso	Valore Kelley Bluebook

35. Il richiedente o chiunque risieda nel nucleo familiare possiede terreni o proprietà immobiliari oltre alla proprietà domiciliare? SÌ NO

Se "SÌ", fornire delucidazioni: _____

36. Il richiedente o membri del nucleo familiare hanno scambiato, donato, o trasferito beni immobiliari o proprietà personali (incluse azioni):					<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
Ai fini dei sussidi TANF e GA, negli ultimi 12 mesi?					<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
Ai fini dei sussidi NJ SNAP, negli ultimi 3 mesi?					<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
Cosa è stato venduto, donato, ecc.?	Da chi?	A chi?	Effettuato/a il?	Valore di mercato totale	Somma ricevuta

37. Il richiedente o un membro del nucleo familiare ha carichi pendenti, quali querele, pratiche di divorzio, liquidazioni, rivendicazioni di successione, liquidazione di sinistri, vendite immobiliari, altre rivendicazioni, o qualcuno deve del denaro il richiedente o un membro del nucleo familiare? SÌ NO

Se "SÌ", fornire delucidazioni: _____

WFNJ-10D COMPLETATO IL _____ (Non trova applicazione per clienti NJ SNAP)

38. Chi, nel nucleo familiare possiede: (Non trova applicazione ai fini del NJ SNAP)

(a) Parzialmente o interamente, gioielli, collezioni di monete/francobolli, pellicce, ecc.? SÌ NO Se "SÌ", fornire delucidazioni: _____

(b) Terreno cimiteriale o disposizioni di sepoltura? SÌ NO If "SÌ", indicare il VALORE: _____

NJ SNAP E GA**INFORMAZIONI SUGLI ALLOGGI:** Da completare se il nucleo familiare fa richiesta di sussidi NJ SNAP e/o GA.**39.** Qualcuno al di fuori del nucleo familiare paga o fornisce assistenza relativa al pagamento delle spese domestiche? SÌ NO If "SÌ", completare in basso:

TIPOLOGIA DI SPESA PER L'ALLOGGIO	PAGATA A CHI	PAGATA DA	SOMMA PAGATA	PERIODI DI FATTURAZIONE

40. COSTI RELATIVI AGLI ALLOGGI (Elencare le seguenti spese domestiche:)

SPESE	SOMMA PAGATA	PERIODI DI FATTURAZIONE	SOLO PER USO INTERNO	
			COSTO MENSILE	Se si utilizza il HCSUA
Affitto/ipoteca	\$		\$	Se si utilizza il HCSUA
Tasse catastali	\$		\$	
Assicurazione sulla casa	\$		\$	
TOT. PARZIALE ALLOGGIO			\$	
Elettricità	\$		\$	HCSUA
Gas	\$		\$	
Gasolio	\$		\$	
Acqua	\$		\$	
Rete fognaria	\$		\$	
Tassa sui rifiuti	\$		\$	
Costi per l'installazione utenze	\$		\$	
Altro (Carbone, legna, kerosene)	\$		\$	
TOT. PARZIALE UTENZE			\$	
41A. Il richiedente paga (oltre all'affitto) per riscaldare o climatizzare la casa? <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO			\$	
41B. Se il nucleo familiare si fa carico del pagamento delle utenze oltre all'acqua, alla rete fognaria, allo smaltimento dei rifiuti, al nucleo stesso si concede la facoltà di ricevere il sussidio standard oppure quello per il riscaldamento .				
			MENSILE . TOTALE. ALLOGGIO DATA SELEZIONE OPZIONE	

42. SPESE SANITARIE IN ECCESSO

Qualche membro del nucleo familiare ha almeno 60 anni e/o riceve Redditi di Previdenza Supplementare Federale (SSI), Indennizzi Previdenziali, o Indennizzi di guerra? SÌ NO Se "SÌ", completare in basso. Se "NO", andare direttamente a pagina 12. Le spese sanitarie potrebbero includere somme fatturate, anche se non effettivamente pagate.

				SOLO PER USO INTERNO			
Oltre alle regolari spese sanitarie, elencare i servizi medici ottenuti dal richiedente.	Somma pagata	Periodi di fatturazione	Totale mensile	VERIFICARE L'EROGAZIONE DELL' SSI			
Servizi sanitari e dentali	\$		\$	____ QUOTA FEDERALE SSA e SSI elencati a pagina 6			
Assistenza infermieristica o ospedaliera	\$		\$				
Farmaci prescritti da un medico	\$		\$				
Dentiere, apparecchi acustici, occhiali da vista	\$		\$				
Costi di trasporto per assistenza medica	\$		\$				
Servizi infermieristici o di un badante	\$		\$				
Altro (Fornire delucidazioni)	\$		\$				
			\$				
42A. Elencare i nomi dei membri del nucleo familiare che hanno sostenuto queste spese:			TOTALE				

42B. Quale spese mediche tra quelle sopra elencate sono state pagate, interamente o parzialmente, o rimborsate da fonti al di fuori del nucleo familiare, quali spese sanitarie, Medicare, PAAD o un individuo?

SÌ **NO** Se "**SÌ**", quali spese? Quanto è stato pagato da terzi?

-

SOLO PER USO INTERNO

REGISTRAZIONE PER IMPIEGO AI SENSI DEL WORK FIRST NEW JERSEY E/O NJ SNAP

NOMI (MAGGIORI DI 16 ANNI)	CODICE DI ESENZIONE WFNJ	DATA OBBLIGATORIA DEL WFNJ	DATA VOLONTARIA DEL WFNJ	DATA DI CONSULTAZIONE	CODICE DI ESENZIONE IMPIEGO NJSNAP	DATA DI REG.

43. FAMIGLIARI LEGALMENTE RESPONSABILI. (APPLICABILE AL SOLO FINE DEL MEDICAID.)

Fornire il nome del coniuge se **NON** risiede nello stesso domicilio. Fornire i nomi di figli aventi meno di 55 anni e per i quali **NON** si richiedono sussidi. Se il richiedente ha meno di 18 anni, elencare i genitori.

NOME	INDIRIZZO	LEGAME DI PARENTELA	ETÀ

44. SUSSIDI PER IL RISCALDAMENTO

Le risposte fornite in basso saranno considerate per valutare l'idoneità del richiedente al sussidio Home Energy Assistance (HEA) e all'ammontare da erogare in merito. Indicare in basso quale opzione descrive le attuali condizioni del richiedente contestualmente al riscaldamento/alla sistemazione domestica.

Il mio riscaldamento è pagato da altri. **(A)**

CODICE HEA: _____

Il mio riscaldamento è fornito da un'agenzia competente oppure lo ricevo un sussidio e le spese di riscaldamento sono incluse nel canone mensile di affitto. **(C)**

Pago solo una fonte secondaria di riscaldamento (quale una stufa a legna, a kerosene, una stufetta elettrica, ecc.). **(E)**

Condivido le spese di riscaldamento con altri. **(F)**

Le spese di riscaldamento sono incluse nel mio canone mensile di affitto, per il quale non ricevo un sussidio. **(G)**

Pago una somma a parte per il riscaldamento al padrone di casa. **(W)**

Pago direttamente la fonte di erogazione di fonti di riscaldamento. La mia fonte primaria di riscaldamento è:

gasolio **(J)**

kerosene **(M)**

legna **(R)**

elettricità **(K)**

gas metano **(N)**

bombola di gas **(L)**

carbone **(P)**

Non desidero ricevere sussidi HEA. **(T)**

AVVISO IMPORTANTE

LE INFORMAZIONI FORNITE IN QUESTO MODULO SONO SOGGETTE A VERIFICHE DA PARTE DELLE AUTORITÀ FEDERALI, STATALI E LOCALI. LA SOTTOMISSIONE DI INFORMAZIONI INESATTE POTREBBE COMPORARE LA CONCESSIONE DI SUSSIDI NJ SNAP E/O AZIONI PENALI PREVISTE PER CHI FORNISCE INFORMAZIONI FALSE.

Al fine di ottemperare alle disposizioni del 45 CFR 206.10(a)(iii) e 7 CFR 273.2(b), rendiamo noto che le informazioni relative ai redditi e alle eventuali idoneità ai sussidi in merito al BCIS, le agenzie statali e locali per il sostegno dei minori, la documentazione sul Social Security Wage & Benefits, e sul State Wage & Unemployment saranno ottenute tramite l'impiego del numero/dei numeri SSN ed utilizzate per determinare la continua idoneità del richiedente. Potrebbe rendersi necessario contattare il datore di lavoro del richiedente, eventuali banche o terzi.

LE SANZIONI FORNITE IN BASSO SI APPLICANO COME SEGUE:

COLUI CHE RICEVE SUSSIDI NJ SNAP E INTENZIONALMENTE VIOLA LE DISPOSIZIONI ELENCAE SUL MODULO DI DOMANDA; OPPURE

COLUI CHE FA RICHIESTA DI OPPURE RICEVE SUSSIDI NJ SNAP PER I QUALI È STATO GIUDICATO NON IDONEO PER AVER INTENZIONALMENTE:

DICHIARATO INFORMAZIONI FALSE E FUORVIANTI.

OCCULTA O OMETTE FATTI E CIRCOSTANZE.

- HA VIOLATO LE DISPOSIZIONI DEL FOOD STAMP ACT, DEL PROGRAMMA NJ SNAP OPPURE ALTRE LEGGI DELLO STATO RELATIVE ALL'USO, ALLA PRESENTAZIONE, AL TRASFERIMENTO, ALL'ACQUISIZIONE, ALLA RICEZIONE, O AL POSSESSO DI SUSSIDI NJ SNAP O DI STRUMENTI DI ACCESSO ALLO STESSO (QUALI CARTE FAMILIES FIRST EBT).

SANZIONI

EVENTUALI VIOLAZIONI DELLE DISPOSIZIONI DEL SNAP COMPORANO L'ESCLUSIONE DELL'INDIVIDUO DALLA PARTECIPAZIONE AL PROGRAMMA SNAP SECONDO LE SEGUENTI DISPOSIZIONI:

- 12 MESI per la prima violazione
- 24 MESI per la seconda violazione, OPPURE una prima condanna per aver scambiato sussidi SNAP con sostanze disciplinate
- 10 ANNI per dichiarazioni false o mendaci relative all'identità o al domicilio di un individuo con il fine di ricevere molteplici sussidi SNAP contemporaneamente;
- IN VIA PERMANENTE per la terza violazione, OPPURE una seconda condanna per aver scambiato sussidi SNAP con sostanze disciplinate, OPPURE una condanna per aver venduto/scambiato sussidi SNAP del valore superiore a \$500, OPPURE una condanna per aver scambiato sussidi SNAP con armi da fuoco, munizioni o esplosivi.

* 18 MESI DI SOSPENSIONE ADDIZIONALE (IMMEDIATAMENTE DOPO IL TERMINE DEI PRIMI 12 MESI) POTREBBERO ESSERE IRROGATI DA ORGANI GIURISDIZIONALI PER CHIUNQUE SIA STATO CONDANNATO PER EVENTUALI INFRAZIONI O REATI.

AL TRASGRESSORE POTREBBE ESSERE IRROGATA UNA PENA PECUNIARIA FINO A \$250,000, LA DETENZIONE FINO A 20 ANNI, O ENTRAMBI, OLTRE AD ESSERE OGGETTO DI PROCEDIMENTI PENALI AI SENSI DI OGNI ALTRA LEGGE FEDERALE APPLICABILE.

INOLTRE, I MEMBRI DEL NUCLEO FAMILIARE SARANNO TENUTI ALLA RESTITUZIONE DI TUTTI I SUSSIDI NJ SNAP PRECEDENTEMENTE EROGATI E AI QUALI NON ERANO IDONEI.

LA NORMATIVA P.L. 103-66 E 104-193 HA STABILITO SANZIONI PER INDIVIDUI CHE CONDANNATI DA ORGANI GIUDISDIZIONALI FEDERALI, STATATI O LOCALI PER AVER:

1) DATO I SUSSIDI NJSNAP COME CONTROPARTITA PER ARMI DA FUOCO, MUNIZIONI, ESPLOSIVI O SOSTANZE DISCIPLINATE ; OPPURE

2) USATO, TRASFERITO, ACQUISTATO, O POSSEDUTO SUSSIDI NJ SNAP TRAMITE L'USO DI CARTE FAMILIES FIRST EBT, O PRESENTANDO SUSSIDI NJ SNAP COME FORMA DI PAGAMENTO SAPENDO CHE GLI STESSI SONO STATI OTTENUTI ILLEGALMENTE O TRASFERITI E QUALORA IL LORO VALORE SIA SUPERIORE A \$500.

AMMONIMENTI SULLE SANZIONI DISCIPLINARI

NON fornire informazioni false, o nascondere informazioni con lo scopo di ricevere o continuare a ricevere i sussidi NJ SNAP.

NON dare o vendere sussidi NJ SNAP oppure dare accesso agli stessi tramite l'uso delle carte Families First EBT cards a chi non è autorizzato a farne uso per il nucleo familiare del richiedente, oppure per il pagamento di alimenti acquistati a credito.

NON utilizzare i sussidi NJ SNAP per l'acquisto di prodotti non ammissibili, quali bevande alcoliche e tabacco.

NON far uso di sussidi NJ SNAP per prodotti che il nucleo familiare del ricevente non è autorizzato a ricevere.

NON barare o partecipare ad azioni disoneste aventi il fine di ottenere sussidi NJ SNAP che il nucleo familiare del richiedente non è idoneo a ricevere.

NON trasferire risorse ad un individuo al di fuori del nucleo familiare al fine di richiedere e ricevere sussidi NJ SNAP.

Ho piena comprensione delle domande poste in questo modulo. Le mie risposte sono corrette e complete al meglio della mia conoscenza. Sono consapevole di dover sostenere un colloquio e che devo cooperare con l'ufficio NJ SNAP. Ho piena comprensione degli ammonimenti sulle sanzioni disciplinari. Sono consapevole e accetto di dover fornire documenti a prova delle mie affermazioni. Se eventuali documenti non dovrebbero essere disponibili, accetto di fornire all'agenzia NJ SNAP il nominativo dell'individuo in grado di fornire dette prove. Nel caso in cui dichiaro di non aver percepito redditi, mi impegno a comunicare eventuali modifiche a dette dichiarazioni nel caso in cui percepissi una somma di almeno \$50.00, oppure la ricevuta relativa ad un eventuale reddito entro 10 giorni dalla data posta sull'assegno da me percepito. Nel caso in cui dichiaro di non avere redditi, mi impegno a notificare eventuali modifiche alla composizione del mio nucleo familiare, inclusi lo status scolastico, cambi di residenza e le relative modifiche nelle spese per l'alloggio, modifiche in merito ai miei obblighi legali relativi al mantenimento di minori, modifiche relative alle somme da me pagate per il mantenimento di minori nel caso in cui dichiaro di aver pagato per almeno 3 mesi e la modifica nel mio reddito ammonta a più di \$50.00, l'acquisto di un'automobile o un aumento delle risorse del mio nucleo familiare (conti correnti e di risparmio, contanti disponibili, titoli, pagamenti forfettari, ovvero contanti derivanti dalla vendita o riconsegna di un veicolo) sempre che tali modifiche siano uguali o superiori al limite massimo delle mie risorse. Sono consapevole che nel caso in cui io dichiaro il mio reddito, oppure sono tenuto a rendere dichiarazioni in merito ogni 6 mesi, mi si fa carico di dichiarare eventuali modifiche nel mio reddito mensile totale qualora lo stesso ecceda per il 130% il limite della povertà stabilito dalle autorità federali. Il mio assistente sociale mi renderà noto il limite. Sono inoltre consapevole del mio diritto ad essere ascoltato in merito alla decisione presa sulla mia richiesta di sussidi NJ SNAP. Nel caso avessi bisogno di ulteriori informazioni sui sussidi NJ SNAP, potrò contattare direttamente l'ufficio NJ SNAP della mia contea. Prendo atto di avere la facoltà di chiedere di essere ascoltato, facendone richiesta verbale o per iscritto, nel caso in cui mi trovassi in disaccordo con la decisione presa in merito alla mia richiesta. Un rappresentante da me scelto potrà presentare le mie obiezioni.

PARTECIPANTI AL PROGRAMMA NJ SNAP OBBLIGATORIO PER L'IMPIEGO E LA FORMAZIONE PROFESSIONALE

Alcuni membri del nucleo familiare che ricevono sussidi NJ SNAP , a meno che non siano esenti sono tenuti ad iscriversi e partecipare alle attività relative all'impegno e alla formazione professionale. Coloro che non si attengono a questa richiesta saranno soggetti alle seguenti sanzioni:

- 1) La 1^{ma} violazione comporta la squalifica minima di 1 mese;
- 2) La 2^{da} violazione comporta una squalifica minima di 3 mesi;
- 3) La 3^{za} violazione, e successive, comporteranno una squalifica minima di 6 mesi

CITTADINI USA/STRANIERO LEGALMENTE RICONOSCIUTO (PER I PROGRAMMI WFNJ, MEDICAID E NJ SNAP)

Per ciascun cittadino straniero richiedente bisognerà presentare all'ufficio della previdenza sociale la documentazione emessa dal Bureau of Citizenship and Immigration Service (BCIS) o altra documentazione che l'agenzia ritiene sufficiente a comprovare lo status giuridico del richiedente. Lo status di straniero legalmente riconosciuto è soggetto a verifiche dal BCIS, il che richiede la presentazione di informazioni contenute in questo modulo al BCIS. Le informazioni ricevute dal BCIS andranno a determinare l'idoneità ai sussidi e il livello concesso. Il richiedente dovrà certificare che i membri del suo nucleo familiare sono cittadini USA oppure stranieri legalmente riconosciuti negli Stati Uniti.

**SI PREGA DI LEGGERE ATTENTAMENTE LA DICHIARAZIONE IN BASSO
PRIMA DI SOTTOSCRIVERE e DI RICHIEDERE ASSISTENZA NEL CASO PERSISTANO DUBBI SUL CONTENUTO.**

*Il Sottoscritto (I Sottoscritti) dichiara/dichiarano che le informazioni rese in questo modulo sono corrette e complete al meglio della sua (loro) conoscenza. È (sono) inoltre consapevole/i che dichiarazioni false, mancate, fuorvianti o incomplete violano la legge e sono pertanto oggetto di procedimenti penali.

*Il Sottoscritto (I Sottoscritti) è (sono) consapevole/i che le informazioni dallo stesso (da loro) rese saranno oggetto di verifica da parte del County Welfare Agency e/o la Division of Family Development e/o la Division of Medical Assistance and Health Services.

*Il Sottoscritto (I Sottoscritti) autorizza/autorizzano il County Welfare Agency, Division of Family Development e/or la Division of Medical Assistance and Health Services a contattare individui che siano a conoscenza delle sue (loro) circostanze (inclusi l'IRS, le agenzie statali e locali di sostegno ai minori, il Social Security Wage and Benefit e relativa documentazione, lo State Wage and Unemployment e relativa documentazione, agenzie di verifica crediti, impiegati, banche o rilevanti terze parti) e con il solo fine di verificare l'accuratezza delle informazioni rilasciate. *Il Sottoscritto (I Sottoscritti) è (sono) consapevole/i che le informazioni ottenute in merito a redditi e idoneità ai sussidi saranno utilizzate per determinare la continua idoneità del/dei richiedente/i.

*Il Sottoscritto (I Sottoscritti) è (sono) consapevole/i che ai sensi del Work First New Jersey Act, Public Law 1997, Paragrafi 13, 14, 37 e 38, richieste di sussidi includeranno tutti i futuri membri dell'unità che avranno diritto ad inclusione, sia esso per diritto di nascita, di adozione, o di residenza con il nucleo familiare richiedente successivamente alla data originale di richiesta.

*Il Sottoscritto (I Sottoscritti) è (sono) consapevole/i che le informazioni rese saranno utilizzate congiuntamente alla richiesta di assistenza pubblica (inclusi Medicaid), i sussidi NJ SNAP, i sussidi per il riscaldamento domestico, i sussidi dell'Universal Service Fund e altri sussidi per i quali verrà determinata l'idoneità del/dei richiedente/i.

*Il Sottoscritto (I Sottoscritti) è (sono) consapevole/i che nel caso in cui la richiesta è accettata nella categoria WFNJ, il richiedente e tutti i membri del suo nucleo familiare saranno iscritti al New Jersey One Stop Career Center e potrebbe essere fatta loro richiesta di partecipazione a corsi d'istruzione, di formazione professionale, di valutazione professionale e ad attività di collocamento.

*Il Sottoscritto (I Sottoscritti) è (sono) consapevole/i che i sussidi per il riscaldamento domestico sono subordinati alla disponibilità di fondi federali.

*Il Sottoscritto (I Sottoscritti) è (sono) consapevole/i che i sussidi per il riscaldamento domestico sono erogati con il solo fine di soddisfare il fabbisogno energetico per il riscaldamento e il raffreddamento.

*Il Sottoscritto (I Sottoscritti) ha/hanno ottenuto informazioni relative ai suoi/loro diritti e doveri. (Si prega di far riferimento al WFNJ Handbook in merito ai diritti e i doveri del richiedente.)

*Il Sottoscritto (I Sottoscritti) accetta/accettano che il County Welfare Agency possono venire a conoscenza from any source, when applicable. (Si prega di far riferimento al WFNJ Handbook) di modifiche relative alle condizioni di vita, alla situazione familiare o a denaro eventualmente ricevuto (eccezion fatta per eventuali redditi oggetto di dichiarazione ai sensi dei requisiti di notifica semestrale).

*Il Sottoscritto (I Sottoscritti) prende/prendono atto di avere la facoltà di selezionare un rappresentante a sua/or esclusiva discrezione per essere ascoltato/i, facendone richiesta verbale o per iscritto, nel caso in cui si trovasse/trovassero in disaccordo con la decisione presa dal County Welfare Agency. Il rappresentante designato farà le veci del Sottoscritto/dei Sottoscritti.

*Il Sottoscritto (I Sottoscritti) è (sono) consapevole/i che la sottoscrizione di questo modulo ai fini del WFNJ e Medicaid concederà alla County Welfare Agency qualchesia diritto alla riscossione, inclusi eventuali arretrati esistenti da chiunque per suo/loro conto e i membri del nucleo familiare per i quali si è fatta richiesta di sussidio.

*Il Sottoscritto (I Sottoscritti) prende/prendono atto che quale condizione di idoneità in merito ad assistenza medica, lo stesso/gli stessi avranno concesso al Commissario qualchesia diritto alla riscossione avente come fine l'assistenza sanitaria, come decretato da un organo giurisdizionale o un ordine amministrativo o qualunque altro diritto al pagamento di spese sanitarie da una qualunque terza parte.

* Ai sensi delle leggi federali, del Dipartimento federale dell'Agricoltura (USDA), del Dipartimento dei Servizi Sanitari e Umani (HHS), e il Food Stamp Act, a codesta istituzione sono proibite discriminazioni basate sulla razza, sull'appartenenza etnica o nazionale, sul sesso, sull'età, o sulle disabilità. Ai sensi delle disposizioni del Food Stamp Act e delle normative USDA, la discriminazione è anche proibita sulla base dell'identità di genere, delle credenze religiose, delle ritorsioni, dello stato civile, dell'orientamento sessuale, dell'erogazione di sussidi di assistenza pubblica, di informazioni genetiche o credenze politiche. I moduli per la denuncia di pratiche discriminatorie sono disponibili in rete sul sito www.ascr.usda.gov/complain_filing_cust.html, presso gli uffici USDA. È anche possibile contattare il (866) 632-9992. Coloro che hanno difficoltà uditive e di linguaggio possono contattare l'USDA tramite il servizio Federal Relay all' (800) 877-8339, oppure (800) 845-6136 per servizi in lingua spagnola. È anche possibile inviare corrispondenza contenente le informazioni richieste in questo modulo. Denunce e altra comunicazione vanno inviate presso uno dei seguenti indirizzi:

HHS, Director
Office of Civil Rights, Room 515-F
200 Independence Avenue, S.W.
Washington, D.C. 20201
Viva voce (202) 619-0403 / TTY (800) 537-7697

US Department of Agriculture
Director, Office of Adjudication
1400 Independence Ave. SW
Washington, D.C. 20250- 9410
Fax (202) 690-7447
program.intake@usda.gov

Office of the Director
Division of Family Development
New Jersey Department of Human Services
P.O. Box 716
Trenton, New Jersey 08625

**COMPLETARE PRIMA
DELLA
SOTTOSCRIZIONE**

*Il Sottoscritto (I Sottoscritti) ha/hanno preso visione dell'Avviso Importante a pagina 10 di questo modulo in riferimento alle notifiche sulle sanzioni NJ SNAP quelle relative allo status giuridico del cittadino/residente straniero legale. () SÌ () NO

*Il Sottoscritto (I Sottoscritti) dichiara/dichiarano di aver letto e di accettare queste dichiarazioni e di essere consapevoli che la Welfare Agency fa affidamento sull'accuratezza e la completezza delle sue/loro dichiarazioni.

*Sotto pena di spergiurio, Il Sottoscritto (I Sottoscritti) al momento della sottoscrizione di questo modulo tutti i membri del nucleo familiare per conto dei quali si fa richiesta di sussidi NJ SNAP sono cittadini statunitensi o residenti legali.

*Sotto pena di spergiurio, Il Sottoscritto (I Sottoscritti) dichiara/dichiarano che le informazioni rese in merito alla richiesta di partecipazione ai programmi NJ SNAP e/o WFNJ sono corrette e complete al meglio della sua/loro conoscenza.

*Se applicabile, il Sottoscritto (i Sottoscritti) dichiara/dichiarano di aver ricevuto un orientamento da un rappresentante dell'agenzia in merito ai requisiti sul lavoro del WFNJ.

GIURATO E SOTTOSCRITTO IN MIA PRESENZA

Firma del richiedente Data

Firma del co-richiedente Data

In questo _____ giorno _____ del 2 _____

(Rappresentante dell'Agenzia)

AVVISO IMPORTANTE RINUNCIA ALLA DETRAZIONE DI REDDITO PER IL PROGRAMMA NJ SNAP

LA MANCATA NOTIFICA O VERIFICA DELLE SEGUENTI SPESE SOSTENUTE DAL RICHIEDENTE OPPURE DA MEMBRI DEL SUO NUCLEO FAMILIARE SARANNO CONSIDERATE COME L'INTENZIONE DELLO STESSO A NON RICEVERE ALCUNA DETRAZIONE IN MERITO A DETTE SPESE NON DICHIARATE.

- **SPESE PER LA CURA DI UN FAMILIARE A CARICO NEL CASO IN CUI IL RICHIEDENTE SOSTIENE SPESE PER LA CURA DI UN MINORE O DI UN ALTRO FAMILIARE A CARICO E QUINDI PER PERMETTERE AD UN MEMBRO DEL NUCLEO FAMILIARE DI LAVORARE, CERCARE IMPIEGO, O FREQUENTARE CORSI DI FORMAZIONE PROFESSIONALE O D'ISTRUZIONE A SCOPI DI INSERIMENTO SUL LAVORO;**
- **SPESE SANITARIE O DENTISTICHE NON RIMBORSATE, INCLUSE QUELLE RELATIVE ALL'ACQUISTO DI FARMACI PRESCRITTI, ALL'ASSICURAZIONE SANITARIA E PER IL RICOVERO, OCCHIALI DA VISTA O LE CURE FORNITE DA UN BADANTE;**
- **PAGAMENTO PER IL MANTENIMENTO DI UN MINORE SOSTENUTE DA UN MEMBRO DEL NUCLEO FAMILIARE PER EFFETTO DI OBBLIGHI LEGALI, INCLUSI EVENTUALI PAGAMENTI ARRETRATI; O**
- **SPESE DOMESTICHE, QUALI CANONE DI AFFITTO MENSILE, UTENZE (INCLUSA EVENTUALI SPESE DI INSTALLAZIONE), TASSE CATASTALI, ASSICURAZIONE SULLA CASA, ED EVENTUALI COSTI PER RIPARAZIONI EFFETTUATE NEL DOMICILIO A CAUSA DI DISASTRI NATURALI.**

ANCHE NEL CASO IN CUI IL RICHIEDENTE NON DICHIARA (O VERIFICA) LE SPESE SOPRAINDICATE DURANTE LA PROCEDURA DI RICHIESTA DI SUSSIDI NJ SNAP, SARÀ COMUNQUE POSSIBILE RICEVERE UNA DETRAZIONE SUI REDDITI IN UN SECONDO TEMPO NEL MOMENTO IN CUI IL RICHIEDENTE DICHIARA (O VERIFICA) DI AVER SOSTENUTO UNA O PIÙ DETTE SPESE. LE DETRAZIONI NON AVRANNO EFFETTO RETROATTIVO PER QUELLO CHE RIGUARDA I MESI DURANTE I QUALI IL RICHIEDENTE NON HA DICHIARATO DI SOSTENERE SPESE.

FIRMA DEL CAPOFAMIGLIA _____

DATA ODIERNA _____