Washington State DEPARTMENT OF SOCIAL & HEALTH SERVICES

ANALISI DI IDONEITÀ
ELIGIBILITY REVIEW

NUMERO DI IDENTIFICAZIONE O DI PRATICA

1. IN STAMPATELLO, SCRIVERE: NOME INIZIALE COGNOME	2. NUMERI DI TELEFONO		
	CASA	UFFICIO	MESSAGGI

3. INDIRIZZO DI ABITAZIONE

VIA	CITTÀ	STATO	ZIP

4. MAILING ADDRESS IF DIFFERENT

VIA	CITTÀ	STATO	ZIP

5. IO/NOI CORRENTEMENTE RICEVIAMO
- ☐ Soldi
- ☐ Buoni alimentari di assistenza
- ☐ Servizi sanitari
- ☐ Assistenza in casa di riposo

6. IO/NOI NECESSITIAMO DI
- ☐ Denaro
- ☐ Buoni alimentari di assistenza
- ☐ Servizi sanitari
- ☐ Assistenza in casa di riposo
- ☐ Trattamento per droga/alcolismo
- ☐ Altro:

7.

	Sì	No
Avete difficoltà a parlare, leggere o scrivere l'inglese?	☐	☐
Desiderate un interprete? Se sì, ne metteremo uno a disposizione.	☐	☐

Se sì, quale lingua parlate?

_____

8. Se desiderate che un'altra persona riceva o usi i vostri Buoni alimentari di assistenza per voi, completate quanto segue:

Nome della persona delegata_____ Numero di telefono

LEGGERE ATTENTAMENTE

A. Questa analisi è intesa a verificare se potete ancora ricevere denaro, indennità sanitarie e Buoni alimentari di assistenza. Se avete bisogno di aiuto per compilare alcuna parte di questo modulo, vi preghiamo di informarcene.

B. Compilare questo modulo e inviarlo per posta o portarlo di persona entro dieci giorni all'ufficio locale Community Service Office (Ufficio dei servizi per la comunità).

1. È possibile che vi sia chiesto di recarvi presso l'ufficio per un colloquio.
2. È possibile che vi sia richiesto di verificare la situazione personale o determinate risposte indicate in questo modulo.

C. Se al momento attuale non ricevete indennità di Buoni alimentari di assistenza, ma avete richiesto tale indennità al punto 6 qui sopra:

1. L'ammontare della vostra indennità di Buoni alimentari di assistenza sarà stabilito in base alla data di ricevimento di questo modulo.
2. Completate la domanda 13 e riceverete l'indennità di Buoni alimentari di assistenza entro cinque giorni se:
   - a. Avete un reddito o risorse molto bassi, oppure
   - b. Il vostro reddito e le vostre risorse non coprono il vostro affitto/mutuo/spese pubbliche, oppure
   - c. Non avete una vostra abitazione, oppure
   - d. Il vostro nucleo familiare include un bracciante agricolo stagionale o emigrante.
3. È necessario fornire il vostro numero di Social Security (previdenza sociale) o richiederne uno per ciascun membro del nucleo familiare secondo le disposizioni di legge.

D. Se al momento attuale ricevete indennità di Buoni alimentari di assistenza e desiderate mantenerla, consegnate questo modulo non oltre il 15 del mese prossimo. Controlleremo se siete ancora idonei.

INFORMAZIONI FACOLTATIVE

Chiediamo di indicare su base volontaria la vostra razza o ceppo etnico. Queste informazioni non verranno usate nella valutazione della vostra idoneità a ricevere indennità di assistenza.

☐ Caucasico ☐ Ispanico ☐ Nero ☐ Indiano d'America/Nativo dell'Alaska ☐ Vietnamita/Laotiano/Cambogiano

☐ Altro ceppo etnico delle isole asiatiche o del Pacifico ☐ Altro _____

ANALISI DI IDONEITÀ

INFORMAZIONI GENERALI

9. Ho bisogno di assistenza speciale perché sono:

☐ Cieco ☐ Sordo ☐ Non so leggere ☐ Altro:_____

10. Elencare tutte le persone residenti al vostro indirizzo, includendo voi stessi. **Usare i nomi legittimi.**
NON USARE SOPRANNOMI. Se non conoscete un numero di Social Security, lasciatelo in bianco.

NOME (NOME, INIZIALE, COGNOME)	GRADO DI PARENTELA CON VOI	DATA DI NASCITA (ME/GI/AN)	NUMERO DI SOCIAL SECURITY	SESSO M o F	CITTADINO AMERICANO SÌ NO	LEGALMENTE AMMESSO CON PERMESSO DI SOGGIORNO PERMANTENTE? SÌ NO	STUDENTE? SÌ NO
A.					☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
B.					☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
C.					☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
D.					☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
E.					☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
F.					☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
G.					☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
H.					☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐

11. SE QUALCUNO NEL VOSTRO NUCLEO FAMILIARE HA USATO UN ALTRO NOME (NOME DA NUBILE, NOME DA SPOSATA) O NUMERO DI SOCIAL SECURITY, INDICARE ANCHE QUESTI ALTRI NOMI E/O NUMERI DI SOCIAL SECURITY

ALTRO NOME	NUMERO DI SOCIAL SECURITY	ALTRO NOME	NUMERO DI SOCIAL SECURITY
A.		C.	
B.		D.	

12. INDICARE LE PERSONE CHE HANNO LASCIATO LA VOSTRA RESIDENZA DALL'ULTIMA ANALISI.

NOME (NOME, INIZIALE, COGNOME)	GRADO DI PARENTELA CON VOI	DATA DI NASCITA (ME/GI/AN)	DATA DEL TRASLOCO
A.			
B.			
C.			

13. COMPILARE QUESTA PARTE SOLO SE NON AVETE RICEVUTO ASSISTENZA ALIMENTARE/BUONI ALIMENTARI DI ASSISTENZA QUESTO MESE, MA LI RICHIEDETE ORA E DESIDERATE RICEVERLI ENTRO CINQUE GIORNI.

	SÌ	NO	SE SÌ, INDICARE IL TOTALE
Io (noi) dispongo di denaro in contanti, conto corrente o libretto di risparmio	☐	☐	$ _____
Io (noi) ho ricevuto denaro, contanti, assegni (reddito) questo mese	☐	☐	$ _____
Io (noi) prevedo di ricevere denaro, contanti, assegni (reddito) questo mese	☐	☐	$ _____
Io (noi) ho spese di affitto o mutuo ogni mese	☐	☐	$ _____
Io (noi) ho spese pubbliche (ad esempio, gas, gasolio, elettricità) questo mese	☐	☐	$ _____
I miei introiti di denaro, contanti, assegni (reddito) si sono recentemente arrestati	☐	☐	Se sì, quando? _____
Io (noi) sono un bracciante agricolo stagionale o emigrante	☐	☐	
Io (noi) sono un senzatetto	☐	☐	

14. Indicare quali fra le seguenti situazioni sono applicabili a qualsiasi membro del vostro nucleo familiare

☐ Gravidanza (data prevista per il parto) _____

Nome della persona incinta

_____

☐ Senza cibo o soldi per il cibo
☐ Emergenza medica
☐ Avviso di disdetta di servizio pubblico
☐ Vittima di violenza domestica
☐ Senza abitazione
☐ Senza riscaldamento
☐ Avviso di sfratto

15. Per quante persone nel vostro nucleo familiare acquistate e cucinate il cibo?

_____

FOR OFFICE USE ONLY - EXPEDITED SERVICE SCREEN

16. Household eligible for expedited service ..... ☐ **YES** ☐ **NO**

EXPEDITED SERVICE SCREENER'S S SIGNATURE	DATE

INFORMAZIONI GENERALI (continuazione)

17. Stato civile – Attualmente sono : ☐ Celibe/Nubile ☐ Sposato/a ☐ Divorziato/a ☐ Separato/a ☐ Vedovo/a

SÌ NO

18. Un membro del nucleo familiare risiede temporaneamente altrove ..... ☐ ☐

Chi? _____ Dove? _____

19. Io (noi) vivo in : ☐ Casa di proprietà, ☐ Casa-famiglia per adulti ☐ Istituto di cura congregato ☐ Casa di gruppo ☐ Istituto residenziale di trattamento per adulti ☐ Altro _____

20. Se qualcuno è entrato a far parte del vostro nucleo familiare dall'ultima analisi, rispondere alle domande da A a F circa tale persona.

Nome: _____ Data di inserimento nel nucleo familiar: _____

A. La persona intende risiedere nello Stato di Washington ..... ☐ ☐

B. La persona ha presentato domanda per o ha ricevuto assistenza nello Stato di Washington o in un altro Stato ..... ☐ ☐

Se sì, dove: _____ Date: _____

C. Nel caso di una famiglia che ora presenta domanda con entrambi i genitori, (sposati o non sposati) in casa, indicare il genitore che ha guadagnato di più negli ultimi 24 mesi.

Nome del genitore: _____

D. La persona è un veterano delle forze armate, un dipendente o il coniuge di un veterano ..... ☐ ☐

E. La persona riceve provviste alimentari da un programma di distribuzione alimentare per Indiani ..... ☐ ☐

F. La persona è un alieno sponsorizzato ..... ☐ ☐

Se sì, indicare il nome e l'indirizzo della persona sponsorizzante: _____

21. Io(noi) sono un pensionante (pago qualcuno per preparare i miei [nostri] pasti) ..... ☐ ☐

22. Io (noi) prevedo cambiamenti della mia situazione nei prossimi due mesi ..... ☐ ☐

Se sì, descrivere questi cambiamenti: _____

INFORMAZIONI MEDICHE

SÌ NO

23. A. Io (noi) ho fatture mediche non pagate ..... ☐ ☐

B. Io (noi) potrei aver bisogno di aiuto per pagare le mie fatture mediche degli ultimi 3 mesi ..... ☐ ☐

C. Io (noi) mi trovo, ho lasciato recentemente, o ho in programma di entrare in un Istituto medico ..... ☐ ☐

Se sì, indicare l'istituto (o istituti) (ad esempio, ospedale, casa di riposo, ecc.) _____

(1) Data di ricovero	(2) data di dimissione	(3) Data di ricovero futuro
_____	_____	_____
_____	_____	_____

D. Io (noi) sono coperto da Medicare ..... ☐ ☐

E. Io (noi) ho a disposizione una copertura CHAMPUS (militare) ..... ☐ ☐

F. Io (noi) ho un'assicurazione medica ..... ☐ ☐

(Ciò include qualsiasi assicurazione pagata da voi o da qualcun altro, come assicurazione privata, assicurazione per assistenza a lungo termine, assicurazione di gruppo tramite il datore di lavoro o il sindacato, ecc.)

G. Io (noi) sono stato coperto da un'assicurazione medica tramite il mio impiego in qualunque momento negli ultimi 3 anni ..... ☐ ☐

H. Io (noi) ho rifiutato una copertura assicurativa medica tramite il mio impiego per motivi di ..... ☐ ☐

I. costo ..... ☐ ☐

Io (noi) ho avuto un incidente per cui ho bisogno di assistenza medica

ANALISI DI IDONEITÀ

RISORSE

24. A. Io (noi) possiedo univocamente o in comproprietà uno o più dei seguenti (indicare Sì o No per ciascuna voce):

RISORSE	SÌ	NO	TOTALE/VALORE	QUANTI	DOVE
Denaro (contanti)	☐	☐	$		
Conto corrente	☐	☐	$		
Libretto di risparmio/Certificati di deposito	☐	☐	$		
Cooperativa di credito	☐	☐	$		
Fondo pensione, IRA, KEOGH, ecc.	☐	☐	$		
Denaro gestito da altri	☐	☐	$		
Azioni/obbligazioni/fondi di investimento	☐	☐	$		
Fondo fiduciario o vitalizio	☐	☐	$		
Assicurazione sulla vita	☐	☐	$		
Piano per funerale prepagato (non assicurazione sulla vita)	☐	☐	$		
Denaro per funerale/sepoltura	☐	☐	$		
Tombe	☐	☐	$		
Contratto di vendita	☐	☐	$		
Residenza di proprietà	☐	☐	$		
Proprietà non di abitazione	☐	☐	$		
Attrezzature di lavoro (attrezzi, macchinari)	☐	☐	$		
Bestiame (cavalli, mucche, pecore)	☐	☐	$		
Legname da costruzione/coltivazioni	☐	☐	$		
Altro	☐	☐	$		

B. Io (noi) sto acquistando una macchina o altro veicolo (camion, barca, camper, roulotte, gatto delle nevi, motocicletta, ecc.) ..... SÌ ☐ NO ☐

VEICOLO	ANNO	MODELLO	VALORE
			$
			$
			$
			$

C. Io (noi) uso un veicolo per motivi medici ..... SÌ ☐ NO ☐

D. Io (noi) uso un veicolo per motivi di lavoro ..... ☐ ☐

E. Io (noi) ho venduto, scambiato o regalato una risorsa (vedere i punti A e B qui sopra) negli ultimi due anni e mezzo ..... ☐ ☐

Se sì, spiegare:

Cosa? _____ A chi? _____

IMPIEGO

25. A. Io (noi) sono impiegato o sono stato impiegato dalla data dell'ultima analisi (includere lavoro in proprio) ..... SÌ ☐ NO ☐

Se sì, avete inviato regolarmente rapporti sul reddito al vostro assistente sociale finanziario? ..... ☐ ☐

INDICARE LA CONDIZIONE DI IMPIEGO DI CIASCUN MEMBRO DEL NUCLEO FAMILIARE

PERSONA	DATORE DI LAVORO	ORE D'IMPIEGO OGNI MESE	DATA DELL'ULTIMO GIORNO D'IMPIEGO
1.			
2.			

B. Io (noi) sono abile al lavoro (adulti) ..... SÌ ☐ NO ☐

SE INABILE AL LAVORO, INDICARE IL MOTIVO

PERSONA	MOTIVO
1.	
2.	

IMPIEGO (continuazione)

C. Negli ultimi 60 giorni io (noi) ho lasciato un impiego ..... SÌ ☐ NO ☐

Se sì, indicare il nome della persona: _____ Datore di lavoro _____

Motivo: ☐ Messo in cassa integrazione ☐ Licenziato ☐ Rifiutato un lavoro ☐ Aspettativa
☐ Infortunio ☐ Lasciato il lavoro ☐ In sciopero ☐ Rifiutato l'addestramento ☐ Malattia

REDDITO

26. Io (noi) ho presentato domanda per ricevere fondi dalle seguenti fonti (indicare Sì o No per ciascuna voce)

REDDITO	SÌ	NO	PERSONA CON REDDITO	TOTALE	PERSONA CON REDDITO	TOTALE
Reddito (salario)/percentuali	☐	☐		$		$
Assistenza pubblica	☐	☐		$		$
Indennità di disoccupazione	☐	☐		$		$
Indennità di Social Security (SSA) (previdenza sociale)	☐	☐		$		$
Reddito di previdenza supplementare (SSI)	☐	☐		$		$
Indennità ferroviarie	☐	☐		$		$
Pensione	☐	☐		$		$
Mantenimento di figli/alimenti	☐	☐		$		$
Indennità assicurative	☐	☐		$		$
Fondo fiduciario o vitalizio	☐	☐		$		$
Reddito da pensionanti o affittuari	☐	☐		$		$
Denaro da parenti/amici	☐	☐		$		$
Indennità per veterani	☐	☐		$		$
Indennità per infortunio sul lavoro	☐	☐		$		$
Allocazione militare	☐	☐		$		$
Rimborso di imposte	☐	☐		$		$
Sovvenzioni o prestiti a scopo educativo	☐	☐		$		$
Premi in danaro (Bingo, lotteria, ecc.)	☐	☐		$		$
Altri prestiti	☐	☐		$		$
Altro reddito	☐	☐		$		$

SPESE

27. A. Io (noi) sono soggetto a spese residenziali (se sì, indicare il totale qui sotto): ☐ SÌ ☐ NO

1. Affitto ..... $ _____ Imposta patrimoniale ..... $ _____
Mutuo ..... $ _____ Accertamenti patrimoniali ..... $ _____
Costo per spazio ..... $ _____ Assicurazione sulla casa ..... $ _____

2. Un'altra persona paga tutte o parte delle mie spese residenziali o pubbliche ..... SÌ ☐ NO ☐

3. Io (noi) sono responsabile per: Costi di riscaldamento/condizionamento d'aria ..... SÌ ☐ NO ☐
Altre spese pubbliche ..... SÌ ☐ NO ☐

Elettricità: _____ Telefono: $ _____ Raccolta rifiuti: $ _____ Altro: $ _____
Combustibile per riscaldamento (gasolio, gas, legna): $ _____ Fognature: $ _____ Acqua: $ _____

B. Io (noi) sono soggetto a spese di cura o di babysitter per un dipendente: ☐ SÌ ☐ NO Se sì, indicare il totale: $_____

C. Io (noi) siamo soggetti a pagamenti per il mantenimento dei figli su ordine del tribunale: ☐ SÌ ☐ NO Se sì, indicare il totale: $_____

LEGGERE ATTENTAMENTE PRIMA DI FIRMARE

SONO A CONOSCENZA DEL FATTO E COMPRENDO CHE:

- Io (noi) devo comunicare tempestivamente per iscritto all'ufficio Community Services Office (Ufficio dei servizi per la comunità) del DEPARTMENT OF SOCIAL&HEALTH SERVICES (Dipartimento dei servizi sociali e sanitari) (DSHS), qualsiasi cambiamento della mia situazione. Un ritardo in questa comunicazione può risultare in indennità incorrette.
- Io (noi) devo fornire prova che io (noi) sono idoneo a ricevere assistenza. DSHS può aiutarmi ad ottenere tali prove o contattare altre persone o uffici a questo scopo.
- **Le informazioni da me (noi) fornite sono soggette a verifica da parte di funzionari statali e federali per decidere se io (noi) sono idoneo a ricevere indennità e l'ammontare possibile.** Ciò potrebbe includere contatti non programmati da parte dell'Office of Special Investigation (Ufficio investigazioni speciali).
- **Il mio (nostri) numero di Social Security verrà usato da altri enti statali e federali per controllare l'identità dei membri del nucleo familiare, per prevenire la partecipazione duplicata e per scambiare informazioni in formato elettronico con altri enti (ad esempio, la Social Security Administration [Amministrazione della previdenza sociale], Internal Revenue Service [Ufficio delle imposte], datori di lavoro e banche) per verificare l'idoneità.**
- È possibile che, richiedendo e ricevendo indennità assistenziali AFDC (Aid to Families with Dependent Children, Assistenza a famiglie con minori a carico) o Buoni alimentari di assistenza, le persone di età fra i 16 e i 60 anni debbano partecipare ad attività di impiego o di addestramento.
- Richiedendo e ricevendo indennità assistenziali di tipo finanziario, io (noi) assegno allo Stato di Washington tutti i diritti a qualsiasi tipo di supporto finanziario, inclusi il supporto per il mantenimento dei figli e per cure mediche.
- Richiedendo e ricevendo indennità assistenziali di tipo finanziario, io (noi) assegno allo Stato di Washington il mio (nostro) diritto al supporto per cure mediche ed eventuali pagamenti di cure mediche ricevuti da parte di terzi per coprire spese mediche convenzionate incorse durante la ricezione di indennità per spese mediche.
- Il dipartimento può recuperare dal mio (nostro) patrimonio le spese per servizi medici di cura a lungo termine se io (noi) ho 55 anni o sono di età superiore. Cura a lungo termine include COPES, Medicaid Personal Care (Cura personale tramite Medicaid) e servizi di casa di riposo, oltre alle relative spese di ospedalizzazione e di medicinali.
- È possibile che io (noi) sia limitato ad un solo medico e farmacia se io (noi) uso in modo illecito le mie indennità mediche.

AVVERTENZA CIRCA LE PENALITÀ RELATIVE AI BUONI ALIMENTARI DI ASSISTENZA

Se si usano o si ricevono Buoni alimentari di assistenza per comprare o rivendere armi da fuoco, munizioni o esplosivi, la prima offesa potrebbe causare l'esclusione permanente dal programma dei Buoni alimentari di assistenza. Se si usano o si ricevono Buoni alimentari di assistenza per comprare o rivendere sostanze controllate, la prima offesa potrebbe causare l'esclusione dal programma per 6 mesi, la seconda offesa potrebbe causare l'esclusione per 12 mesi e la terza potrebbe causare l'esclusione permanente. Inoltre, il tribunale può prolungare l'esclusione per ulteriori 18 mesi.

NON:

- Dare informazioni false o nascondere informazioni.
- Scambiare o vendere Buoni alimentari di assistenza o carte di autorizzazione.
- Alterare carte di autorizzazione per ottenere un numero maggiore di Buoni alimentari di assistenza di quanti si sia autorizzati a ricevere.
- Usare Buoni alimentari di assistenza per ottenere sostanze non consentite, come bevande alcoliche e tabacco.
- Usare i Buoni alimentari di assistenza o le carte di autorizzazione di proprietà di un'altra persona

Chi non rispetta intenzionalmente una regola, sarà denunciato e potrebbe essere condannato ad una multa fino a $250,000 oppure ad un massimo di venti anni di carcere o a entrambi. Tutte le altre leggi federali sono inoltre applicabili.

PENALITÀ RELATIVA ALL'ASSISTENZA GENERALE

Se un tribunale vi trova colpevoli di ricevere illegalmente l'Assistenza generale, sarete esclusi dal ricevere contributi in denaro o per spese mediche per il periodo deciso dal tribunale.

DICHIARAZIONE E FIRMA

Io (noi) ho letto (o mi/ci è stato spiegato) e comprendo le informazioni contenute in questo modulo di domanda. Io (noi) dichiaro, sotto pena di falsa testimonianza, che per quanto è a mia (nostra) conoscenza, le informazioni fornite in questo modulo di domanda sono vere, corrette e complete. Io (noi) comprendo che posso essere perseguito criminalmente ai sensi di legge se io (noi) ho incorrettamente ricevuto contributi finanziari, Buoni alimentari di assistenza o cure mediche in virtù del fatto che ho intenzionalmente dichiarato il falso o ho intenzionalmente omesso di comunicare qualcosa che era mio dovere comunicare.

In caso la domanda sia per i soli Buoni alimentari di assistenza, è necessaria la firma di un solo richiedente.
In caso di domanda congiunta per contributi finanziari o assistenza medica, è necessaria la firma di tutti i membri adulti del nucleo familiare

FIRMA DEL RICHIEDENTE	DATA	FIRMA DI ALTRO MEMBRO ADULTO DEL NUCLEO	DATA
FIRMA DEL TESTIMONE SE IL RICHIEDENTE HA FIRMATO CON UNA "X"	DATA	FIRMA DEL TESTIMONE SE IL CONIUGE HA FIRMATO CON UNA "X"	DATA
FIRMA DELLA PERSONA DI AIUTO	DATA	FIRMA DELLA PERSONA DI AIUTO	DATA