
 <p>OFFICE OF ECONOMIC SELF-SUFFICIENCY MYFLFAMILIES.COM</p>	<p>Domanda</p> <p>Per quale motivo per Lei è un problema presentarsi in ufficio per un colloquio? <input type="checkbox"/> Malattia <input type="checkbox"/> Trasporto <input type="checkbox"/> Lavoro o Formazione <input type="checkbox"/> Abito in un'area rurale <input type="checkbox"/> Assisto un membro del nucleo familiare malato o invalido <input type="checkbox"/> Altro (spiegare):</p>	 <p>Timbro della data: _____ Numero del caso: _____</p>																				
<p>Voglio fare domanda per: <input type="checkbox"/> Assistenza alimentare <input type="checkbox"/> Contanti <input type="checkbox"/> Assistenza a un parente <input type="checkbox"/> OSS/Integrazione statale facoltativa <input type="checkbox"/> Medical <input type="checkbox"/> Rinuncia a Medicaid /Servizi a domicilio e della comunità <input type="checkbox"/> Casa di lungodegenza <input type="checkbox"/> Assistenza presso una casa di cura – Indirizzo dell'abitazione prima di entrare in una casa di cura:</p>																						
<p>Benvenuto/a al Dipartimento per i Bambini e le Famiglie della Florida (DCF). Se dovesse avere bisogno di assistenza per compilare la presente domanda o Le serve un interprete, La preghiamo di contattare ACCESS Florida al numero 1-866-762-2237. Abbiamo bisogno almeno del Suo nome e cognome, dell'indirizzo e della Sua firma. Avvieremo la pratica il giorno in cui riceveremo la Sua domanda firmata. I membri del nucleo familiare che non sono idonei o che non hanno richiesto le indennità possono essere designati come non richiedenti. I non richiedenti o le persone che richiedono solo il Medicaid, l'Assistenza in contanti per i rifugiati oppure l'Assistenza medica per i rifugiati NON devono fornire il Numero di Previdenza Sociale (Social Security Number SSN). Se Lei non è qualificato per ricevere il SSN a causa della Sua stato immigratorio potrebbe avere diritto a un SSN non valido per il lavoro al fine di ricevere le indennità che ne richiedono uno. Se ha bisogno di un SSN, possiamo aiutarLa a richiederne uno. I non richiedenti NON devono provare lo stato immigratorio. A chi non è cittadino ma ha richiesto le indennità sarà controllato lo stato immigratorio dallo United States Citizenship and Immigration Services (Servizi per l'immigrazione e la Cittadinanza degli Stati Uniti USCIS). Non riferiremo a USCIS lo stato immigratorio delle persone che vivono nel Suo nucleo familiare e che non hanno richiesto le indennità. In nessun caso chi non ha richiesto le indennità sarà segnalato come persona residente illegalmente negli Stati Uniti. Se sta compilando la presente domanda per un'altra persona, La preghiamo di rispondere alle domande in base alle circostanze di quest'ultima.</p>																						
<table border="1"> <tr> <td colspan="4" data-bbox="48 284 2026 332">ASSISTENZA ALIMENTARE URGENTE – I nuclei familiari idonei possono ottenere le indennità dell'assistenza alimentare entro 7 giorni.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="48 332 1407 381">Il reddito lordo del Suo nucleo familiare è inferiore a \$150?</td> <td data-bbox="1407 332 1585 381"><input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO</td> <td data-bbox="1585 332 1848 381">Paga per riscaldare o mantenere fresca la Sua abitazione?</td> <td data-bbox="1848 332 2026 381"><input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO</td> </tr> <tr> <td data-bbox="48 381 1407 430">I Suoi beni liquidi (contanti, conti bancari, ecc.) valgono in totale meno di \$100?</td> <td data-bbox="1407 381 1585 430"><input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO</td> <td data-bbox="1585 381 1848 430">A quanto ammonta il Suo affitto o mutuo mensile?</td> <td data-bbox="1848 381 2026 430">\$ _____</td> </tr> <tr> <td data-bbox="48 430 1407 479">Il reddito lordo mensile del Suo nucleo familiare e il totale delle liquidità sono inferiori al Suo affitto o mutuo mensile?</td> <td data-bbox="1407 430 1585 479"><input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO</td> <td data-bbox="1585 430 1848 479">Tutti i redditi complessivi del Suo nucleo familiare sono venuti a mancare?</td> <td data-bbox="1848 430 2026 479"><input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO</td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="48 479 1543 592">Contrassegni le bollette che paga: <input type="checkbox"/> Elettricità <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Acqua <input type="checkbox"/> Fognatura <input type="checkbox"/> Telefono</td> <td data-bbox="1543 479 1848 592">Un membro familiare è un emigrante o un operaio agricolo stagionale? Se sì, CHI?</td> <td data-bbox="1848 479 2026 592"><input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO</td> </tr> </table>			ASSISTENZA ALIMENTARE URGENTE – I nuclei familiari idonei possono ottenere le indennità dell'assistenza alimentare entro 7 giorni.				Il reddito lordo del Suo nucleo familiare è inferiore a \$150?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	Paga per riscaldare o mantenere fresca la Sua abitazione?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	I Suoi beni liquidi (contanti, conti bancari, ecc.) valgono in totale meno di \$100?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	A quanto ammonta il Suo affitto o mutuo mensile?	\$ _____	Il reddito lordo mensile del Suo nucleo familiare e il totale delle liquidità sono inferiori al Suo affitto o mutuo mensile?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	Tutti i redditi complessivi del Suo nucleo familiare sono venuti a mancare?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	Contrassegni le bollette che paga: <input type="checkbox"/> Elettricità <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Acqua <input type="checkbox"/> Fognatura <input type="checkbox"/> Telefono		Un membro familiare è un emigrante o un operaio agricolo stagionale? Se sì, CHI?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
ASSISTENZA ALIMENTARE URGENTE – I nuclei familiari idonei possono ottenere le indennità dell'assistenza alimentare entro 7 giorni.																						
Il reddito lordo del Suo nucleo familiare è inferiore a \$150?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	Paga per riscaldare o mantenere fresca la Sua abitazione?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO																			
I Suoi beni liquidi (contanti, conti bancari, ecc.) valgono in totale meno di \$100?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	A quanto ammonta il Suo affitto o mutuo mensile?	\$ _____																			
Il reddito lordo mensile del Suo nucleo familiare e il totale delle liquidità sono inferiori al Suo affitto o mutuo mensile?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	Tutti i redditi complessivi del Suo nucleo familiare sono venuti a mancare?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO																			
Contrassegni le bollette che paga: <input type="checkbox"/> Elettricità <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Acqua <input type="checkbox"/> Fognatura <input type="checkbox"/> Telefono		Un membro familiare è un emigrante o un operaio agricolo stagionale? Se sì, CHI?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO																			
<p>DATI PERSONALI DEL RICHIEDENTE</p>																						
Nome: _____	Nome di battesimo _____	Secondo nome _____	Cognome _____																			
Indirizzo di casa: _____		Via _____	App. n. _____																			
Stato _____	CAP _____	Città _____	Numero di telefono del lavoro: _____																			
Indirizzo dove Lei riceve la posta (se diverso da quello del domicilio): _____			Via/Casella Postale _____																			
Città _____		Stato _____	CAP _____																			
Numero del telefono cellulare: _____																						
<p>INFORMAZIONI SU TUTTI I PROGRAMMI</p>																						
Un membro della Sua famiglia sta fuggendo dalla legge a causa di un reato o per violazione della libertà vigilata o condizionale? <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO Se sì, chi?	Un membro familiare è stato condannato per il reato di traffico di droga? <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO Se sì, chi?	Un membro familiare è mai stato condannato per avere ricevuto assistenza alimentare, aiuti temporanei in denaro contante, Medicaid in più di uno stato contemporaneamente? <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO Se sì, chi?																				
Un membro familiare ha venduto o regalato una proprietà o dei beni negli ultimi 5 anni? <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO Se sì, chi?	Un membro della Sua famiglia si è licenziato negli ultimi 60 giorni oppure sta scioperando? <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO Se sì, chi?	Un membro della Sua famiglia ha ricevuto assistenza alimentare, denaro in contanti o assistenza medica da un altro stato o fonte negli ultimi 30 giorni? <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO Se sì, chi?																				
<p>DICHIARAZIONE D'INTESA</p> <p>Sono consapevole del fatto che le informazioni da me fornite in questa domanda, colloquio o quando richiedo altre indennità, comprese le informazioni del computer corrispondenti con altre agenzie sono soggette a verifiche del DCF e di altri enti federali e statali compreso il Public Assistance Fraud (Ente contro le frodi nell'assistenza pubblica). Accetto e concordo su quanto segue: DCF, Public Assistance Fraud (PAF) e le agenzie federali autorizzate possono verificare le informazioni da me fornite nel presente modulo, colloquio o quando richiedo altre indennità. Le informazioni possono essere ottenute dai miei datori di lavoro precedenti o presenti. La mia firma autorizza il rilascio di tali informazioni a DCF e/o PAF. Come condizione per partecipare al programma Medicaid, accetto di far controllare e rilasciare tutte le cartelle cliniche ritenute necessarie da Medicaid conformemente ai suoi poteri di revisione e investigazione. Se delle informazioni dovessero risultare scorrette, le indennità potrebbero essere ridotte o rifiutate e io potrei subire un procedimento penale o essere escluso dal programma per avere consapevolmente fornito informazioni scorrette e false o per averle nascoste. Ho letto i miei Diritti e le mie Responsabilità. Dichiaro consapevole delle sanzioni per il reato di falsa testimonianza che le informazioni in questo modulo sono vere al meglio della mia conoscenza, compresi lo stato di cittadino o non cittadino di chi ha presentato la richiesta per le indennità. Confermo con la presente di avere ricevuto il Florida DCF CFOP 60-17, Capitolo 1, Allegato 2, Gestione e Tutela della Politica delle Informazioni Sanitarie Personali (Management and Protection of Personal Health Information Policy).</p>		<p>FIRME</p>																				
		<p>Firma del membro adulto del nucleo familiare _____ Data della firma _____</p> <p>Firma del testimone se firmato con una "x" _____</p> <p>Rappresentante autorizzato/designato - Scrivere in stampatello il nome, l'indirizzo e il numero di telefono _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Firma del rappresentante autorizzato/designato _____</p>																				
<p>La domanda continua a pagina 2 Si prega di fornire il maggior numero di informazioni possibile per aiutarci a determinare velocemente la Sua idoneità.</p>																						
SOLO PER USO UFFICIO	Nome del partecipante/Numero di telefono alla Sito di accesso alla comunità :		Timbro della data:																			

INFORMAZIONI SUL NUCLEO FAMILIARE: Se è necessario più spazio nelle seguenti sezioni. La preghiamo di usare pagine aggiuntive. Si prega di fornire il maggior numero di informazioni possibile per aiutarci a determinare velocemente la Sua idoneità.

anchi se stesso e chi vive con Lei anche se non presenta la domanda per lui/lei/loro. Se non sta presentando la richiesta per un membro, non deve fornire il Suo SSN oppure lo stato della cittadinanza. Se vive in una casa di cura o in altri istituti, elenchi solo se stesso, il coniuge e i dipendenti.

INFORMAZIONI FACOLTATIVE – ETNICITÀ: **A** = Ispanico o Latino; **B** = Non Ispanico o Latino

RAZZA: Può scegliere uno o più numeri: **1** – Indiano Americano o Nativo Alaskiano, **2** – Asiatico, **3** – Nero o Africano-Americano, **4** – Nativo Hawaiiano, **5** – Bianco

Sezione A - Elencare tutti gli adulti che vivono presso il Suo indirizzo

Nome legale Nome di battesimo, Secondo, Cognome	Relazione con Lei	Vuole presentare domanda?	Sesso	Numero di Social Security (Previdenza Sociale - vedi istruzioni precedenti)	Data e Luogo di nascita	Cittadino statunitense	Etnicità (vedi sopra)	Razza (vedi sopra)	Stato civile	Frequenta la scuola/ Numero ore./settimana/ Ultimo anno scolastico completato	Acquista e mangia i pasti con Lei
	IO	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> NO USCIS #	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> NO Numero ore alla settimana: _____ Ultimo anno scolastico completato: _____	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> NO
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> NO USCIS #	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> NO Numero ore alla settimana: _____ Ultimo anno scolastico completato: _____	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> NO
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> NO USCIS #	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> NO Numero ore alla settimana: _____ Ultimo anno scolastico completato: _____	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> NO
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> NO USCIS #	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> NO Numero ore alla settimana: _____ Ultimo anno scolastico completato: _____	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> NO

Sezione B - Elencare tutti i bambini che vivono presso il Suo indirizzo. Se un membro è in stato di gravidanza, scrivere "ancora non nato" invece del nome e la data del parto previsto invece della data di nascita.

Nome legale Nome di battesimo, Secondo, Cognome	Relazione con Lei	Vuole presentare domanda?	Sesso	Numero di Social Security (Previdenza Sociale - vedi istruzioni precedenti)	Data e Luogo di nascita	Cittadino statunitense	Etnicità (vedi pagina 2)	Razza (vedi pagina 2)	Bambino vaccinato con meno di 5 anni	Frequenta la scuola/ Nome della scuola	Data in cui si diplomerà	Acquista e mangia i pasti con Lei
Bambino 1 Vuole che questo bambino riceva i servizi di controllo sanitario per bambini? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> NO USCIS #	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> NO Se sì, il nome della scuola: _____		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> NO
Bambino 2 Vuole che questo bambino riceva i servizi di controllo sanitario per bambini? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> NO USCIS #	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> NO Se sì, il nome della scuola: _____		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> NO

Bambino 3	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO USCIS #	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO Se sì, il nome della scuola:	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
Bambino 4	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO USCIS #	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO Se sì, il nome della scuola:	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO

Medicaid: Per i bambini sotto i 16 anni, se non esistono documenti comprovanti l'identità come le pagelle o i documenti identificativi con foto, leggere e firmare qui sotto: Certifico consapevole delle sanzioni per falsa testimonianza che tutti i bambini elencati in precedenza sono le stesse persone che ho dichiarato qui.

Firma _____

Sezione C - Informazioni sul genitore assente: Fornire le seguenti informazioni per ogni bambino nella Sezione B la cui madre e/o padre non vivono insieme al nucleo familiare.										
Bambino 1	Nome del genitore assente e ultimo indirizzo conosciuto			Data di nascita	Numero di Social Security (Previdenza Sociale)	Razza	Motivo dell'assenza			
	Madre						(vedi pag. 2)			
	È questo il genitore legale del bambino? <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	Vuole ricorrere ai servizi di esecuzione dell'assegno di mantenimento per i figli se non viene approvato per le indennità? <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO		Luogo di nascita della madre	Numero di telefono della madre		Informazioni sull'assicurazione medica			
	Nome del datore di lavoro della madre		Indirizzo del datore di lavoro:				Nome Assicuratore:		Polizza Numero:	
	Padre						(vedi pag. 2)			
Bambino 2	Nome del genitore assente e ultimo indirizzo conosciuto			Data di nascita	Numero di Social Security	Razza	Motivo dell'assenza			
	Madre						(vedi pag. 2)			
	È questo il genitore legale del bambino? <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	Vuole ricorrere ai servizi di esecuzione dell'assegno di mantenimento per i figli se non viene approvato per le indennità? <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO		Luogo di nascita della madre	Numero di telefono della madre		Informazioni sull'assicurazione medica			
	Nome del datore di lavoro della madre		Indirizzo del datore di lavoro:				Nome Assicuratore:		Polizza Numero:	
	Padre						(vedi pag. 2)			

Bambino 3	Nome del genitore assente e ultimo indirizzo conosciuto		Data di nascita	Numero di Social Security	Razza	Motivo dell'assenza	
	Madre				(vedi pag. 2)		
	È questo il genitore legale del bambino? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Vuole ricorrere ai servizi di esecuzione dell'assegno di mantenimento per i figli se non viene approvato per le indennità? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Luogo di nascita della madre	Numero di telefono della madre	Informazioni sull'assicurazione medica		
	Nome del datore di lavoro della madre		Indirizzo del datore di lavoro:		Nome Assicuratore:	Polizza Numero:	
	Nome del genitore assente e ultimo indirizzo conosciuto		Data di nascita	Numero di Social Security	Razza	Motivo dell'assenza	
	Padre				(vedi pag. 2)		
Bambino 4	Nome del genitore assente e ultimo indirizzo conosciuto		Data di nascita	Numero di Social Security	Razza	Motivo dell'assenza	
	Madre				(vedi pag. 2)		
	È questo il genitore legale del bambino? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Vuole ricorrere ai servizi di esecuzione dell'assegno di mantenimento per i figli se non viene approvato per le indennità? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Luogo di nascita della madre	Numero di telefono della madre	Informazioni sull'assicurazione medica		
	Nome del datore di lavoro della madre		Indirizzo del datore di lavoro:		Assicuratore Nome:	Polizza Numero:	
	Nome del genitore assente e ultimo indirizzo conosciuto		Data di nascita	Numero di Social Security	Razza	Motivo dell'assenza	
	Padre				(vedi pag. 2)		
Bambino 4	Nome del genitore assente e ultimo indirizzo conosciuto		Data di nascita	Numero di Social Security	Razza	Motivo dell'assenza	
	Padre				(vedi pag. 2)		
	È questo il genitore legale del bambino? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Vuole ricorrere ai servizi di esecuzione dell'assegno di mantenimento per i figli se non viene approvato per le indennità? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Luogo di nascita del padre	Numero di telefono del padre	Informazioni sull'assicurazione medica		
	Nome del datore di lavoro del padre		Indirizzo del datore di lavoro:		Assicuratore Nome:	Polizza Numero:	
	Nome del genitore assente e ultimo indirizzo conosciuto		Data di nascita	Numero di Social Security	Razza	Motivo dell'assenza	
	Madre				(vedi pag. 2)		

Sezione D - Informazioni generali Risponda alle seguenti domande che riguardano chi è elencato nelle Sezioni A e B che ha presentato la richiesta di assistenza.

1. Tutti sono residenti nello Stato della Florida?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Se no, chi non lo è?
2. Un membro del nucleo familiare è in stato di gravidanza?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Chi? Data del parto: Numero di bambini che nasceranno:
3. Uno dei membri ha partecipato a un'udienza scolastica di uno dei figli di anni 6-18?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Chi? Quando?
4. Uno dei membri o i suoi genitori (se ancora un bambino) o coniuge deceduto (se applicabile) ha servito nell'esercito degli Stati Uniti d'America?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Chi? Quando?
5. Un membro del Suo nucleo familiare è un cittadino non statunitense sponsorizzato?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Chi?
6. Uno dei membri sta vivendo in un ambiente particolare come un rifugio per senzatetto, un centro di disintossicazione dalla droga, una casa di cura, un centro di assistenza per anziani e disabili, una struttura residenziale di cura per la salute mentale o in un altro istituto?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Chi? Nome della struttura e tipo:
7. Ci sono bambini in affidamento?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Chi?
8. Ci sono bambini limitati o in qualche modo impediti nella propria capacità di fare ciò che la maggior parte dei bambini della stessa età è in grado di fare?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Chi?
9. Ci sono bambini che hanno bisogno di una terapia speciale, quali la terapia fisica, occupazionale o del linguaggio oppure di un trattamento o una consulenza per problemi emozionali, di sviluppo o comportamentali?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Chi?
10. Ci sono bambini che hanno bisogno o utilizzano una maggiore assistenza medica, per la salute mentale o servizi scolastici rispetto a ciò che è normale per i bambini della stessa età?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Chi?
11. Se Lei sta presentando la richiesta per i servizi tipici di una casa di cura, ha un figlio (di qualsiasi età) che vive con Lei e che è cieco o disabile?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Chi? Qual è la sua relazione con Lei?
12. Un membro è stato dichiarato disabile dalla Previdenza Sociale o dallo Stato della Florida?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Chi?

2. Negli ultimi 60 giorni è cessato di entrare il reddito di un membro del nucleo familiare?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	Chi? Quando?	Fonte?
3. Un membro del Suo nucleo familiare otterrà un reddito aggiuntivo dalla fonte di reddito che ha cessato di esistere?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	Chi? Quando?	Importo lordo (prima delle deduzioni) ricevuto soltanto in questo mese? \$
4. Un membro ha una richiesta in sospeso per ottenere le indennità della Previdenza Sociale oppure l'Indennità di disoccupazione?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	Chi?	Quale indennità?
5. Sono stati effettuati dei depositi per l'Income Trust o Miller Trust negli ultimi 3 mesi?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	Il Trust di chi?	Data (e) e Importo (i) del deposito (i):

Sezione G - Spese

1. Una persona per la quale ha presentato la domanda è obbligata a pagare spese quali ad esempio: affitto, mutuo, imposta sul patrimonio, assicurazione per i proprietari di immobili, spese di condominio/manutenzione, elettricità, benzina, LIHEAP, fatture mediche come ricette, occhiali, trasporto, visite mediche, dentista, assistenti sanitari, ricovero oppure premi assicurativi o Medicare non coperti dall'assicurazione o altri terzi, telefono, asilo (per bambini) oppure alimenti per il figlio ordinati dal tribunale per un figlio che non vive nel Suo nucleo familiare? Deve includere le spese dei genitori di figli minori richiedenti se vivono insieme e le spese dei coniugi dei richiedenti se il coniuge vive nella casa. SÌ NO **Se sì, elencare in seguito:**

Tipo di spese	Chi è obbligato a pagare queste spese	Se si tratta di spese mediche, chi ha ricevuto il servizio medico?	Importo mensile	Pagato a chi	Data del pagamento	Ancora non pagato?	Esclusivamente per l'assegno di mantenimento al figlio ordinato dal tribunale, Nome del figlio per il quale è pagato l'assegno di mantenimento
						<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	
						<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	
						<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	
						<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	
						<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	
						<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	
						<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	
						<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	
						<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	

2. Come scalda o rende più fresca la Sua abitazione?
 3. C'è chi L'aiuta a pagare le spese? SÌ NO **Se sì, spiegare:**

LEI POTREBBE ESSERE IDONEO PER DELLE TARIFFE TELENICHE RIDOTTE

Contrassegni con SÌ se vuole che DCE rilasci il Suo nome, SSN, numero di telefono e il fatto che sta ricevendo assistenza alimentare, contributi temporanei in denaro contante oppure Medicaid alla compagnia telefonica locale affinché Lei possa ricevere una tariffa telefonica ridotta tramite il Lifeline Program. SÌ NO

NOTIFICA DELLE PENALI

Lei è perseguibile per legge se fornisce consapevolmente informazioni scorrette per ricevere le indennità dell'assistenza pubblica.

LEI PUÒ RICHIEDERE DI REGISTRARSI QUI PER VOTARE

Se non è registrato per il voto dove è residente in questo momento, vuole registrarsi oggi, qui, per votare? Contrassegni con SÌ se vuole chiedere di registrarsi per votare oppure aggiorni i Suoi dati per la registrazione come elettore. Se contrassegna la casella con un NO o non contrassegna una casella, si prenderà atto che Lei non ha richiesto di registrarsi per votare o di aggiornare i Suoi dati per la registrazione come elettore. Contrassegnare SÌ, NO oppure non rispondere a questa domanda non influirà sulla possibilità di ricevere le indennità.

SÌ NO

NOTIFICA DEI DIRITTI

Assistenza: Se desidera assistenza con la compilazione della Sua domanda di registrazione come elettore, La aiuteremo. La decisione se cercare o accettare il nostro aiuto dipende da Lei. Può compilare privatamente il modulo per registrarsi come elettore.

Indennità: Se sta presentando una richiesta di assistenza pubblica presso questa agenzia, una domanda per votare o rifiuta di registrarsi per votare, queste non sono azioni che influiranno sull'ammontare di assistenza che riceverà da questa agenzia.

Privacy: La Sua decisione di non registrarsi per votare o di aggiornare i Suoi dati e la località dove ha richiesto di registrarsi per votare oppure di aggiornare i dati per registrarsi come elettore sono riservati e potranno essere usati solo per registrarsi come elettore.

Reclamo formale Se ritiene che qualcuno abbia interferito con il Suo diritto di presentare la richiesta di registrarsi per votare o di rifiutare di registrarsi come elettore, il Suo diritto alla riservatezza riguardo alla Sua decisione di presentare la richiesta per registrarsi come elettore oppure il Suo diritto di scegliere il proprio partito politico o altre preferenze politiche, Lei ha il diritto di presentare un reclamo a: Florida Secretary of State, Division of Elections, NVRA Administrator, R.A. Gray Building, 500 S. Bronough Street, Tallahassee, Florida 32399-0250. I moduli per presentare un reclamo sono disponibili andando su <http://election.dos.state.fl.us/nvra/index.shtml> oppure chiamando il numero 1-850-245-6200.

Autorità: National Voter Registration Act (Atto nazionale per registrarsi come elettori) (42 U.S.C. 1973 gg); ss. 97.023, 97.058 e 97.0585, F.S.]

REQUISITI PER LA SEGNALAZIONE

Lei ha l'obbligo di riferire a DCE qualsiasi cambiamento della Sua situazione conformemente ai requisiti del programma. I nuclei familiari che stanno ricevendo assistenza alimentare devono segnalare i cambiamenti che aumentano le indennità e quando il reddito mensile del nucleo familiare supera il limite del reddito lordo per ottenere l'assistenza alimentare in base alla dimensione del nucleo familiare. I nuclei familiari che stanno ricevendo Medicaid o assistenza temporanea in denaro contante devono continuare a segnalare i cambiamenti che potrebbero influire sull'idoneità entro 10 giorni.

INFORMAZIONI IMPORTANTI PER GLI EMIGRANTI

Richiedere o ricevere l'assistenza alimentare o Medicaid non influirà sulla Sua situazione immigratoria o su quella della Sua famiglia o sulla capacità di ottenere lo stato di residente permanente (carta verde). Ricevere contributi in denaro contante temporanei oppure assistenza istituzionale a lungo termine quali le indennità per la casa di cura potrebbe creare problemi per ottenere quello stato soprattutto se le indennità sono l'unico reddito della famiglia.

NOTIFICA DELLE PENALI – Assistenza alimentare

Se viene accertato che Lei è colpevole (da un tribunale statale o federale, da un processo amministrativo di esclusione oppure firma una rinuncia all'udienza) di avere rilasciato dichiarazioni false e fuorvianti, nascondendo o non dichiarando fatti per ricevere o cercare di ricevere contributi per il cibo oppure per avere commesso atti che violano il Food and Nutrition Act (Legge sugli Alimenti e l'Alimentazione), le norme sui contributi per il cibo o uno statuto statale allo scopo di usare, offrire, trasferire, acquisire, ricevere o possedere indennità per l'assistenza con il cibo, Lei sarà escluso. Lei non potrà ricevere assistenza alimentare per 12 mesi con la prima violazione, per 24 mesi se avviene la seconda violazione e permanentemente con la terza violazione. Se viene condannato per traffico delle indennità dell'assistenza alimentare per un importo di \$500 o oltre, Lei sarà escluso permanentemente. Se Lei viene condannato per queste azioni, in base alla gravità, potrebbe essere multato fino a \$250.000, condannato alla prigione fino a 20 anni oppure entrambi i casi.

Se viene condannato da un tribunale statale o federale per avere rilasciato dichiarazioni fraudolente riguardanti l'identità e la residenza per ricevere assistenza alimentare in più di uno stato contemporaneamente, potrà partecipare al Programma di Assistenza Alimentare per 10 anni.

Se Lei sta scappando per evitare l'azione penale, lo stato di fermo o l'arresto dopo la condanna per un crimine o il tentativo di commettere un crimine, che è un reato, oppure sta violando la libertà condizionale o la libertà vigilata ai sensi della legge federale e statale, non sarà qualificato per richiedere l'assistenza alimentare. Questa informazione può essere rilasciata ad altre agenzie statali o federali per una verifica ufficiale e ai funzionari delle forze dell'ordine allo scopo di arrestare le persone che stanno fuggendo per evitare la legge.

Se Lei viene ritenuto colpevole del reato di traffico di droga oppure viene condannato da un tribunale locale per commercio di armi da fuoco, munizioni o esplosivi per ottenere le indennità di assistenza alimentare, Lei non è qualificato per ricevere l'assistenza alimentare.

NOTIFICA DELLE PENALI - Contributi in denaro contante temporanei:

Se Lei fornisce intenzionalmente informazioni false o nasconde informazioni per ricevere o continuare a ricevere Assistenza in denaro contante temporanea e viene condannato da un tribunale statale o federale o da un processo amministrativo per esclusione oppure firma una rinuncia all'udienza, potrebbe essere escluso per 12 mesi quando avviene la prima violazione, 24 mesi in caso della seconda violazione e permanentemente per la terza violazione.

Se Lei viene ritenuto colpevole del reato di traffico di droga oppure sta scappando per evitare l'azione penale, lo stato di fermo o l'arresto dopo la condanna per un crimine o il tentativo di commettere un crimine, che è un reato, oppure sta violando la libertà condizionale o la libertà vigilata disposta ai sensi di una legge statale o federale, non potrà ricevere i Contributi in denaro contante temporanei. Se viene condannato da un tribunale statale o federale per avere rilasciato dichiarazioni fraudolente riguardo all'identità e alla residenza per ricevere Contributi in denaro contante temporanei in più di uno stato contemporaneamente, non sarà qualificato per partecipare al Programma di assistenza in denaro contante temporanea per 10 anni.

DICHIARAZIONE ANTIDISCRIMINATORIA DEL DIPARTIMENTO PER I BAMBINI E LE FAMIGLIE DELLA FLORIDA

Nessuno sarà escluso per motivi di razza, colore, religione, paese di provenienza, sesso, età o invalidità dal diritto di partecipare a, o non ottenere le indennità per o essere soggetto alla discriminazione illegale nel contesto di nessun programma o attività che riceve o beneficia dell'assistenza finanziaria federale e amministrata dal Ministero. Per presentare un reclamo, confermare una violazione della presente politica, si prega di contattare: Office of Civil Rights, Florida Department of Children and Families (Ufficio Diritti Civili Ministero per i Bambini e le Famiglie), 1317 Winewood Boulevard, Edificio 1, Stanza 101, Tallahassee, Florida 32399-0700 oppure chiamare il numero 1-850-487-1901 o TDD 1-850-922-9220.

DICHIARAZIONE ANTIDISCRIMINATORIA USDA-HHS

Conformemente alla Legge federale e al Ministero dell'Agricoltura Statunitense (USDA) e al Ministero per la Salute Pubblica e i Servizi Sociali (HHS) questo istituto è obbligato a non discriminare per motivi di razza, colore, paese d'origine, sesso, età o invalidità. Ai sensi del Food and Nutrition Act (Legge sugli Alimenti e l'Alimentazione) e la politica di USDA, è anche proibito discriminare per motivi di religione o per le idee politiche. Per presentare un reclamo, si prega di contattare USDA o HHS. Scrivere a USDA, Direttore, Ufficio per i Diritti Civili, Stanza 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, S. W., Washington, D. C. 20250-9410 oppure chiamare (202) 720-5964 (voce o TDD). Scrivere al manager regionale, Ufficio dei Diritti Civili DHHS, Regione IV, Atlanta Federal Center, 61 Forsyth Street, SW, Suite 3B70, Atlanta, GA 30303-8909 oppure chiamare 1-800-368-1019 o TDD 1-800-537-7697.

PRESENTARE LA DOMANDA DI ASSISTENZA

Una domanda di assistenza a qualsiasi ufficio del Ministero per i Bambini e le Famiglie Servizi per l'autosufficienza economica nello Stato della Florida può essere presentata da Lei o da chi sta agendo a nome Suo, in persona, tramite posta, fax o elettronicamente per mezzo di Internet. Le domande ricevute durante il normale orario di lavoro vengono trattate come se fossero state ricevute lo stesso giorno. Quando una domanda viene ricevuta dopo il normale orario di lavoro, sarà trattata come se fosse stata ricevuta il primo giorno lavorativo successivo a quello di ricezione della richiesta.