

AVVISO DI SCADENZA

Il Suo buono alimentare scade:

Per ricevere buoni alimentari e/o FI (investimenti nella famiglia) senza interruzione, occorre restituire compilato il modulo riportato sotto con tutte le pezze giustificative all'ufficio DSS locale appena possibile e non oltre:

IMPORTANTE – LEGGERE

- PERCHÉ IL PRESENTE MODULO VENGA CONSIDERATO VALIDO, DEVE CONTENERE NOME, COGNOME, INDIRIZZO E FIRMA.
- RISPONDERE A TUTTE LE DOMANDE FORMULATE. SE LO SPAZIO FORNITO NON È SUFFICIENTE PER LA SUA RISPOSTA, È POSSIBILE ALLEGARE UN FOGLIO DI CARTA EXTRA.
- IN CASO DI MANCATA O INCOMPLETA RISPOSTA ALLE DOMANDE O DI RESTITUZIONE TARDIVA DEL MODULO I FI E/O I BUONI ALIMENTARI VERRANNO EMESSI IN DATA POSTERIORE, O RIDOTTI O SOSPESI.
- SE IL MODULO VIENE SPEDITO ENTRO LA SCADENZA, MA NON SI RICEVE AVVISO DI APPROVAZIONE O DI DINIEGO ENTRO L'ULTIMO GIORNO DEL MESE, RIVOLGERSI AL RESPONSABILE DELLA PRATICA.
- IL RESPONSABILE DELLA PRATICA PUÒ CONTATTARLA PER OTTENERE ALTRE ATTESTAZIONI DELLE INFORMAZIONI FORNITE SU QUESTO MODULO.
- PUÒ RIVOLGERSI A NOI PER RICHIEDERE MODALITÀ D'INTERVISTA DIVERSE. NEL CASO IN CUI NON SI PRESENTASSE A UN'INTERVISTA FISSATA, OCCORRE CHE CI CONTATTI PER RIFISSARLA.
- SE TUTTI I COMPONENTI DEL SUO NUCLEO FAMILIARE RICEVONO SSI (REDDITO PREVIDENZIALE INTEGRATIVO), PUÒ PRESENTARE DOMANDA ALLA SOCIAL SECURITY ADMINISTRATION.

MODULO DI RICERTIFICAZIONE A MEZZO POSTA

	DATA DI RICEVIMENTO – SOLO USO UFFICIO	Se occorre aiuto per la compilazione, chiamare:	CO. NO.	NOME DEL CASO		
Il presente modulo è considerato presentato se ricevuto con il solo nome, cognome, indirizzo e firma. Consapevole delle sanzioni comminate a chi dichiara il falso, certifico di avere risposto alle seguenti domande con sincerità e completezza. Prendo atto del fatto che le informazioni fornite su questo modulo possono determinare la fine o il cambiamento della fruizione di FI o dei buoni alimentari. Conferisco a codesto ente previdenziale la facoltà di contattare chiunque possa confermare la veridicità delle mie asserzioni. Firma: _____ Data: _____ Telefono diurno: _____			N. DEL CASO		N. FALDONE	
			NOME DEL LAVORATORE			
			TERM. VALID. CERT. BUONI AL.			

1. Dove abita e come possiamo contattarla?

Cognome:	Nome:	Iniz. sec. nome:	Telefono diurno:	
Indirizzo: (compreso scala e interno)	Città:	Stato:	ZIP:	Contea: Selezionare la contea...
Indirizzo postale: (se diverso, indicare scala e interno)	Città:	Stato:	ZIP:	Contea: Selezionare la contea...

2. Chi vive con Lei? Indichi se stesso alla prima riga.

Elenchi i nomi nello stesso ordine in cui appaiono sulla SSC (tessera di previdenza sociale) (se la persona è titolare di una SSC)	Età	Sesso (M o F)	Parentela con la persona della riga 1	Se studente attivo, nome della scuola	Classe frequentata
1.			Il richiedente		
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

3. Qualcuna delle persone su menzionate è un criminale evaso, violatore di libertà condizionale/sulla parola, o condannato per l'uso di sostanze stupefacenti dopo il 22 agosto 1996? Sì No In caso affermativo indicare il nome: _____

4. Qualcuno del Suo nucleo familiare lavora? Sì No In caso affermativo spedire tutte le buste paga ricevute in: _____
 In mancanza di tutte le buste paga, chiedere al datore di lavoro di compilare questa sezione.

A					B						
NOMINATIVO DELLA PERSONA CHE LAVORA					NOMINATIVO DELLA PERSONA CHE LAVORA						
NOME E INDIRIZZO DEL DATORE DI LAVORO					NOME E INDIRIZZO DEL DATORE DI LAVORO						
DATA DI PERCEZIONE DELLO STIPENDIO			RETRIBUZIONE LORDA	MANCE	ORE TOTALI	DATA DI PERCEZIONE DELLO STIPENDIO			RETRIBUZIONE LORDA	MANCE	ORE TOTALI
MESE	GIORNO	ANNO				MESE	GIORNO	ANNO			
1.						1.					
2.						2.					
3.						3.					
4.						4.					
5.						5.					
FIRMA DEL DATORE DI LAVORO					N. TEL. LOCALE DEL DATORE DI LAVORO		FIRMA DEL DATORE DI LAVORO				

5. Qualcuno del Suo nucleo familiare possiede cespiti diversi dalle entrate di lavoro? Sì No

ALTRE ENTRATE	AMMONTARE	CON QUALE FREQUENZA PERCEPISCE QUESTA ENTRATA?	CHI RICEVE QUESTA ENTRATA?
Assegni familiari per prole (Giurato o convocato da tribunale)	\$		
SSI (reddito integrativo previdenziale)	\$		
Pagamento da istituto previdenziale	\$		
Sussidio di disoccupazione	\$		
Benefici per ex combattenti	\$		
Altro: (specificare)	\$		

6. Qualcuno del Suo nucleo familiare copre una di queste spese? Sì No

In caso affermativo riportare i dati che indicano che Lei desidera scaricare l'importo e inviare attestazione a supporto.

VOCE	CHI PAGA?	AMMONTARE	VOCE	CHI PAGA?	AMMONTARE
Affitto		\$	Mutuo/2° mutuo		
Mutuo fondiario		\$	Patrimoniale/anticipi estimatori esclusi dalle rate del mutuo		
Terreno/parcheggio in affitto per il caravan		\$	Assicurazione sulla casa non inclusa nei pagamenti del mutuo		

Ha spese di riscaldamento? Sì No Ha spese per l'aria condizionata? Sì No

Qualcuno fruisce di sussidi per il pagamento di bollette dell'energia/riscaldamento? Sì No

7. Qualcuno paga le spese per la prole, o per assistere un familiare adulto non autosufficiente? Sì No

Invii tutte le bollette e/o ricevute per _____ e fornisca i dati sotto richiesti relativi a quel mese.

La badante a chi fornisce assistenza?	Chi la paga?
Nome della badante:	
Costo:	Con quale frequenza?
Se non ha tutti i conti/ricevute, chiedi alla badante di compilare questa sezione:	
Firma della badante:	Telefono della badante:
Riceve un assegno familiare ABC per un figlio? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	

8. Qualche persona di 60 anni almeno, o che fruisce di benefici di disabilità, paga spese mediche oltre i 35 \$ mensili?

Sì No Desidera richiedere una deduzione per queste spese? Sì No In caso affermativo inviare le ricevute o uno stampato di computer delle spese, in mancanza dei quali la deduzione non potrà essere concessa.

9. È vincolato da un accordo arbitrale/da un decreto di tribunale a pagare le spese di mantenimento di prole a qualcuno esterno alla Sua famiglia?

Sì No In caso affermativo e se desidera scaricare questi pagamenti, invii attestazione della pattuizione.

Indichi anche l'importo dei pagamenti fatti per _____.

Se non fornisce un'attestazione, la deduzione non può essere concessa.

10. Se desidera cambiare il Suo capofamiglia, si rivolga al responsabile della Sua pratica.