

## DEPARTAMENTO DE SERVIÇOS HUMANOS DE RHODE ISLAND SOLICITAÇÃO DE ASSISTÊNCIA (DHS-2)



### Instruções gerais para preencher esta solicitação

Você pode pedir ajuda para preencher este formulário. Você pode pedir que os formulários e as notificações sejam traduzidas. Caso tenha uma deficiência ou condição que torne difícil para você entender ou responder perguntas nesta solicitação, podemos ajudar. Informe-nos falando com um representante do DHS ou telefonando para a Linha de Informações do DHS em 462-5300.

#### **Caso queira solicitar a cobertura de assistência médica acessível do Medicaid, você deve preencher uma solicitação diferente.**

A cobertura de assistência médica está disponível para famílias com renda até 133% do nível federal de pobreza - Federal Poverty Level (FPL), crianças e mulheres grávidas com renda até 250% do FPL e adultos sem filhos com idade entre 19 e 64 anos, com renda até 133% do FPL. Os adultos com deficiências que não precisam de serviços a longo prazo e assistência, ou adultos que não atendam aos critérios para uma determinação de deficiência ou que tenham muito dinheiro no banco, podem solicitar cobertura de assistência médica acessível. **Você pode solicitar cobertura de assistência médica das seguintes maneiras:**

- Online em [www.healthyrhode.ri.gov](http://www.healthyrhode.ri.gov).
- Telefonando para o Centro de Contato HRSI em 1-855-840-4774
- Pessoalmente, em um escritório local do DHS
- Enviando uma solicitação pelo correio. As solicitações podem ser encontradas online em [www.dhs.ri.gov](http://www.dhs.ri.gov) sob "O que há de novo?" ou "Formulários e solicitações"

Responda todas as perguntas

Se você responder todas as perguntas na solicitação de assistência, podemos determinar se você é elegível para TODOS os programas. Os símbolos dos programas abaixo aparecerão próximos a cada uma das perguntas na solicitação. Estes símbolos lhe informam que perguntas você deve responder para cada programa. Se o símbolo para o(s) programa (s) que você está solicitando aparece próximo à pergunta, você deve responder àquela pergunta.

 **Assistência Financeira RI Works (RIW):** O Programa RIW dá assistência financeira por um número limitado de meses a famílias que precisam de suporte, assim como aqueles que não sejam capazes de trabalhar, ou estejam em treinamento ou procurando emprego. As pessoas que estiverem solicitando o RIW devem ser responsáveis pela manutenção e assistência de uma criança com menos de 18 anos, ou entre 18 e 19 anos de idade, se inscritos em tempo integral e com perspectiva de concluir o ensino médio antes do 19º aniversário. A assistência financeira RIW exige uma entrevista com o trabalhador elegível e uma reunião com a assistente social para preencher um plano de emprego.

 **Programa de Assistência à Nutrição Suplementar (SNAP):** O programa SNAP ajuda os membros de residências com baixa renda a comprarem alimentos necessários para permanecerem saudáveis. Você pode ser capaz de obter os benefícios do SNAP dentro de 7 dias se a sua residência se qualificar por pouca ou nenhuma renda, seus custos de aluguel ou moradia forem mais altos que a sua renda/recursos, ou se você for um trabalhador agrícola migrante ou sazonal. Todas as outras residências receberão uma determinação quanto à elegibilidade dentro de 30 dias da data do preenchimento da solicitação. Você precisará participar em uma entrevista pelo telefone ou no escritório antes de lhe serem concedidos os benefícios do SNAP.

 **Medicaid: Assistência e serviços a longo prazo:** Medicaid Long Services and Supports (LTSS) estão disponíveis para pessoas com 65 anos de idade ou mais e para pessoas com deficiências. Você precisa atender à necessidade de "nível de assistências" tanto financeira, como funcional/clínica para se qualificar para elegibilidade ao LTSS. Os tipos de serviço incluem assistência domiciliar ou serviços comunitários e domiciliares. Os serviços incluem, mas não se limitam a serviços domésticos/assistência de enfermeiros certificados, modificações ambientais, assistência social, serviços prestados em residências geriátricas, serviços de cuidados pessoais (assistência autodirecionada), assistência temporária, pequenas modificações na residência e moradia compartilhada/Rite at Home. O tipo de serviços que você recebe depende do seu nível de necessidade de assistência.

 **Medicaid/Cobertura de saúde para idosos, cegos e deficientes (ABD) e adultos com deficiência que trabalham/Sherlock Plan:** Para se qualificar para o Medicaid sob a categoria ABD, uma pessoa ou membro de um casal deve ter 65 anos de idade ou mais, ou ser cego ou deficiente. A sua renda, recursos e necessidades de saúde determinarão se você é elegível. As pessoas que recebem seguro por aposentadoria, sobrevivência e deficiência (Retirement, Survivors and Disability Insurance - RSDI) ou renda suplementar (Supplemental Security Income - SSI) com base em deficiência atendem os critérios por deficiência. Para todos os outros, uma análise da deficiência deve ser concluída e a determinação da deficiência deve ser feita antes que a elegibilidade para o Medicaid com base em deficiência possa ser estabelecida. **Medicaid – programa para pessoas com deficiências que trabalham /Sherlock Plan:** As pessoas elegíveis sob esta categoria têm direito ao escopo completo de benefícios do Medicaid, serviços comunitários e domiciliares, e serviços necessários para facilitar e/ou manter o emprego. Para ser considerado elegível para este programa, uma pessoa precisa ter, no mínimo, dezoito (18) anos de idade, atender os requerimentos do Medicaid para elegibilidade com base em uma deficiência, ter comprovante de trabalho ativo remunerado e atender aos padrões de renda e recursos.

 **Programa de assistência ao público geral (General Public Assistance Program - GPA):** O GPA está disponível para adultos com idade entre 19 e 64, que tenham renda e recursos muito limitados e que tenham uma doença ou condição médica que os impeça de trabalhar. Algumas vezes, adultos que tenham uma atual solicitação pendente para Supplemental Security Income (SSI) podem ser determinados elegíveis para benefícios do GPA. Uma determinação para cobertura de assistência acessível pelo Medicaid deve estar concluída antes de uma determinação de elegibilidade sob uma deficiência. Os requerentes do GPA podem solicitar cobertura de assistência médica acessível preenchendo o UHIP LF-1, Solicitação para cobertura de assistência médica ou fazendo a solicitação online em [www.healthsourceri.com](http://www.healthsourceri.com).

 **Programa de assistência ao cuidado infantil (Child Care Assistance Program - CCAP):** A assistência ao cuidado infantil está disponível apenas para famílias com ganhos até 180% do nível federal de pobreza para o tamanho da sua família e disponível apenas para cobrir horas de emprego ou treinamento a curto prazo. Pode ser necessário que as famílias façam um co-pagamento com base no tamanho da família, nível de renda e quantidade de filhos. Para pais que participam do Rhode Island Works Program, não há limite de renda para assistência infantil porque, se uma família é elegível para RI Works, já atende os requerimentos de renda para o programa de assistência ao cuidado infantil (CCAP). Antes da inscrição, os requerentes ou participantes do RI Works que não estejam empregados devem discutir opções de assistência infantil com um assistente social como parte do processo de avaliação e do desenvolvimento do plano de emprego. Para famílias não participantes do Programa RI Works, a elegibilidade para a assistência de cuidados infantis é baseada em trabalho de, no mínimo, 20 horas por semana no valor ou acima do salário mínimo de Rhode Island.

 **Programa de pagamento do prêmio do Medicare (MPP):** A elegibilidade para o Programa de pagamento prêmio do Medicare (MPP) é baseado em renda e ajuda adultos com mais de 65 anos de idade e adultos deficientes a pagarem todo ou parte do custo dos prêmios do Medicare Parte A e Parte B, franquias e co-pagamentos. O Medicare Parte A é a cobertura do seguro hospitalar e o Medicare Parte B é para serviços médicos, equipamento médico durável e serviços ambulatoriais.



**Programa de pagamento suplementar estadual SSI de RI (SSP):** O estado de Rhode Island complementa a taxa de benefícios SSI Federal para pessoas elegíveis. O Supplemental Security Income (SSI) é um programa federal que provê benefícios mensais para pessoas que tenham 65 anos de idade ou mais, sejam cegas ou deficientes e que tenham baixa renda e recursos limitados. A autorização do SSP mensal para atuais beneficiários do SSI será concluída automaticamente. Novos requerentes que sejam elegíveis para o SSI Federal serão automaticamente autorizados para o SSP quando solicitarem o SSA. Os requerentes do SSP que tenham sido recusados através do SSA por renda em excesso precisarão atender os padrões de renda, recursos, idade e/ou deficiência (65 anos de idade ou mais, deficientes ou cegos). Se um requerente for elegível com base na renda e estiver reivindicando uma deficiência que não tenha sido analisada ou determinada pela SSA, a Unidade SSP enviará uma referência à equipe de revisão da assistência médica (Medical Assistance Review Team - MART) para uma determinação de deficiência.



**Katie Beckett:** Katie Beckett provê cobertura de seguro médico/Medicaid a crianças com menos de 19 anos de idade, que tenham deficiências a longo prazo ou necessidades médicas complexas. Katie Beckett possibilita que as crianças sejam atendidas em casa ao invés de em uma instituição. Com Katie Beckett, apenas a renda e os recursos da criança, não dos pais, são usados para determinar a elegibilidade. **Caso esteja solicitando Katie Beckett, você só precisa fornecer as informações da criança requerente, ou seja, você não precisa preencher as informações sobre outros membros da residência.**

---

Este formulário consiste de 38 perguntas. Exceto pela Pergunta 1, cada uma é seguida por uma seção de caixas usadas para preencher as informações necessárias. Responda à cada pergunta indicando SIM ou NÃO com uma marca de seleção na caixa próxima à pergunta.

**SE a resposta for SIM [ ]**

Forneça as informações solicitadas escrevendo no espaço disponível ou na área da caixa amarela abaixo da pergunta. Não escreva nas áreas azuis sombreadas. Você deve fornecer as informações solicitadas sobre CADA membro da residência se você estiver ou não solicitando assistência para ele ou ela.

**SE a resposta for NÃO [ ]**

A PERGUNTA NÃO SE APLICA A VOCÊ OU A NINGUÉM NA SUA RESIDÊNCIA. Com exceção da Pergunta 38, deixe a caixa amarela em branco e mova para a próxima pergunta.

**SE precisar de mais espaço para responder perguntas**

"VEJA A PÁGINA 26" se você ficar sem espaço. Vá à página 26, onde há caixas para escrever informações adicionais. Indique em uma das caixas a que pergunta você está se referindo com este número. Você também pode anexar folhas separadas, se necessário.

**Leia as páginas 27 a 30**

Estas páginas contêm importantes informações sobre os seus Direitos e Responsabilidades.

**Sobre a entrevista**

A página 3 das instruções tem uma lista de "Coisas que você precisa para a sua entrevista ou apresentar para a aprovação do benefício".

**Sobre as perguntas**

**Pergunta 1.**

Liste você mesmo na primeira linha fornecendo todas as informações solicitadas. Então, liste todas as pessoas que moram com você, uma pessoa por linha. Indique como cada pessoa está relacionada a você (por exemplo, "filho", "primo", etc.) no bloco "Relacionamento". Você deve listar cada pessoa que mora na sua casa, INDEPENDENTEMENTE DO FATO DE VOCÊ ESTAR OU NÃO BUSCANDO ASSISTÊNCIA PARA AQUELA PESSOA.

**Perguntas 1a. a 13.**

Preencha as informações nas áreas amarelas sobre cada pessoa que esteja solicitando assistência. Estas perguntas seguem a lista de membros da residência (Pergunta 1.) e pedem informações pessoais sobre todas as pessoas listadas na Pergunta 1. Se a resposta a qualquer destas perguntas for SIM [ ], complete as informações solicitadas na área amarela sombreada. Ao fazer isto, escreva os nomes dos membros da residência exatamente como eles aparecem na Pergunta 1.

**Perguntas 14. a 19.**

Estas perguntas são sobre os bens financeiros (tais como contas bancárias) de todos os membros da residência. Se a resposta a qualquer destas perguntas for SIM [ ], complete as informações solicitadas na área amarela sombreada. Ao fazer isto, escreva os nomes dos membros da residência exatamente como eles aparecem na Pergunta 1.

**Perguntas 20. a 28.**

Estas perguntas são sobre a renda de todos os membros da residência. Se a resposta a qualquer destas perguntas for SIM [ ], complete as informações solicitadas na área amarela sombreada. Ao fazer isto, escreva os nomes dos membros da residência exatamente como eles aparecem na Pergunta 1.

**Perguntas 29. a 38.**

Estas perguntas são sobre moradia e despesas diversas e cobertura médica de todos os membros da residência. Se a resposta a qualquer destas perguntas for SIM [ ], complete as informações solicitadas na área amarela sombreada. Ao fazer isto, escreva os nomes dos membros da residência exatamente como eles aparecem na Pergunta 1. Se você reportar e fornecer comprovação das suas despesas conforme listado nas perguntas 29 a 38, isto pode ajudá-lo a obter mais benefícios do SNAP. Caso não reporte uma despesa ou forneça comprovante, então, assumiremos que você não queira que esta despesa seja computada. Você pode solicitar assistência para obter a documentação das deduções e/ou despesas do funcionário do DHS.

**Indicação de um representante autorizado:** Caso queira indicar um representante autorizado para agir em nome da residência para solicitar os benefícios do programa ou usar os benefícios, pode fazê-lo nas páginas 1 e/ou 29.

Este documento deve ser preenchido por você ou por um adulto que seja membro da sua residência, ou um parente, amigo ou representante autorizado que conheça a situação financeira de todos os membros da residência.

Nas páginas seguintes, liste todos os membros da sua residência. Se responder “Sim” a uma pergunta, as suas respostas devem ser completas, claras e corretas antes da sua solicitação ser processada. Caso não o sejam, informações adicionais podem ser solicitadas. Caso não entenda uma pergunta, telefone para obter assistência. Se precisar de mais espaço para reportar informações, use a página 26 intitulada, “Somente para o uso de clientes”.

### CARTÃO DE TRANSFERÊNCIA DE BENEFÍCIOS ELETRÔNICOS (EBT)

A assistência financeira RIW e os benefícios do SNAP são emitidos através do processo de Transferência de Benefícios Eletrônicos (EBT). Você pode obter seus benefícios usando o seu cartão EBT. Você receberá mais informações sobre este processo do seu escritório local.

#### DOCUMENTOS QUE VOCÊ PRECISA PROVER PARA A SUA ENTREVISTA OU APRESENTAR PARA A APROVAÇÃO DO BENEFÍCIO

- Cartas de concessão ou comprovação de Social Security, SSI, UCB, TDI, Worker’s Compensation, etc.
- Extratos bancários de contas correntes, poupanças, certificados de depósitos, contas de cooperativas de crédito ou ações e obrigações
- Certidão de nascimento de todos os membros da residência
- Recibos de assistência infantil
- Cópia de ordens de pensão alimentícia, comprovantes de pagamentos de pensão para a manutenção de filhos e/ou pensão alimentícia, decreto de divórcio, licença de casamento
- Certidão de óbito de pai (mãe) falecido de qualquer criança dependente para a qual você possa estar solicitando ou para qualquer requerente do Medicaid falecido
- Escrituras de qualquer imóvel ou propriedade
- Prova de identidade (carteira de motorista, recibo de aluguel, etc.)
- Caso não tenha cidadania americana, prova de status imigratório
- Prova de renda de propriedade de aluguel
- Prova de despesas médicas, tais como: medicamentos, contas hospitalares, contas dos médicos, ou prêmios de seguro
- Prova de cobertura de seguro médico e/ou dental e valor do prêmio pago
- Apólices de seguro de vida e contratos de funerais
- Passaporte ou certidão de naturalização ou outro documento que comprove cidadania e identidade
- Holerites, envelopes de pagamento, declaração de rendimentos e/ou prova da última data trabalhada e último pagamento
- Pensões e qualquer outro rendimento não salarial
- Prova de gravidez, se grávida
- Cópia de procuração ou de tutela
- Aviso de fechamento de assistência pública/MA/SNAP de outro estado
- Recibo de aluguel/pagamento de hipoteca (inclusive seguro residencial, impostos e outras despesas de moradia)
- Profissionais autônomos: declaração de rendimentos (federal), registros contábeis, ou registros de vendas e despesas
- Números de Social Security de todos os membros da residência e pais ausentes
- Documentos fiduciários, contrato completo de anuidade e notas promissórias
- Recibos de utilidades públicas
- Registro(s) de veículos
- Número de reivindicação de veterano

#### PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À NUTRIÇÃO SUPLEMENTAR (SNAP)

A sua solicitação do SNAP será considerada a partir da data em que o formulário assinado for recebido. Se você for considerado elegível para os benefícios do SNAP, aqueles benefícios serão determinados a partir da data em que a sua solicitação assinada for recebida pela agência. Será enviado a você uma solicitação por escrito para qualquer verificação que esteja faltando na sua solicitação. A sua solicitação será recusada se a verificação que estiver faltando não for recebida dentro de dez (10) dias da solicitação por escrito.

#### ASSISTÊNCIA FINANCEIRA (RIW) (GPA) (CCAP)(SSP)

Caso esteja solicitando RIW GPA, CCAP ou SSP e seja determinado elegível para benefícios, aqueles benefícios serão determinados a partir da data em que a solicitação assinada for recebida.

#### MEDICAID

Os benefícios médicos para adultos podem ser providos por até três (3) meses antes do mês no qual a solicitação assinada for recebida, contanto que todos os fatores de elegibilidade sejam cumpridos a cada mês.



**NÃO** ESCREVA NAS ÁREAS AZUIS SOMBREADAS.



ESCREVA SOMENTE NAS ÁREAS AMARELAS SOMBREADAS.

**O seu escritório do DHS depende de onde você mora e de que benefícios você solicitou:**

<b>ESCRITÓRIO</b>	<b>ENDEREÇO</b>	<b>TELEFONE</b>
<b>Escritório de apoio e serviços a longo prazo/serviço para adultos em Cranston</b> <b>Atende:</b> Adultos/LTSS para Cranston, Charlestown, Coventry, East Greenwich, Exeter, Foster, Hopkinton, Johnston, Narragansett, New Shoreham, North Kingstown, Richmond, Scituate, South Kingstown, Warwick, West Greenwich, West Warwick, Westerly	RI Department of Human Services Benjamin Rush Building #55, Howard Avenue, Cranston, RI 02920	462-5182 462-6675 (Referências)
<b>Linha de informações do DHS</b> (para todo o estado)		462-5300 (TTD) 462-3363
<b>Escritório de apoio e serviços a longo prazo/serviço para adultos em East Providence</b> <b>Atende:</b> Adultos/LTSS para Barrington, Central Falls, East Providence, Pawtucket, Warren	Providence Regional Family Center, 206 Elmwood Avenue, Providence, RI 02907	415-8459
<b>Unidade Katie Beckett</b> (para todo o estado)	DHS Katie Beckett Unit 74 West Road, Hazard Bldg. Ground Level, Cranston, RI 02920	462-0760 462-0754
<b>Escritório em Newport</b> <b>Atende:</b> Jamestown, Little Compton, Middletown, Newport, Portsmouth, Tiverton <b>Apoio e serviços a longo prazo:</b> Jamestown, Little Compton, Middletown, Newport, Portsmouth, Tiverton, Bristol	Newport Regional Family Center, 272 Valley Road Middletown, RI 02842	851-2100 851-2138 (CCAP) (ligação gratuita) 1-800-675-9397
<b>Escritório em Pawtucket</b> <b>Atende:</b> Barrington, Bristol, Central Falls, East Providence, Pawtucket, Warren <b>GPA:</b> North Providence	Pawtucket Regional Family Center 249 Roosevelt Avenue, Pawtucket, RI 02860	721-6600 721-6644 (CCAP) (ligação gratuita) 1-800-984-8989
<b>Escritório em Providence</b> <b>Providence A/LTSS Waiver Unit</b> <b>Providence Nursing Home LTSS</b> <b>Providence LTSS- Serviços baseados nos lares e na comunidade</b> <b>Atende:</b> Cranston, Johnston, Providence, Scituate <b>LTSS:</b> Providence, North Providence, Johnston <b>GPA:</b> Foster, Johnston, Scituate, Providence, North Providence	Providence Regional Family Center, 206 Elmwood Avenue, Providence, RI 02907	415-8200 415-8455 (LTSS) 415-8524 (LTSS) 415-8521 (SNAP) 415-8255 (CCAP) (TTD) 222-7032
<b>Centro da família de South County</b> <b>Atende:</b> Charlestown, Coventry, East Greenwich, Exeter, Hopkinton, Narragansett, New Shoreham, North Kingstown, Richmond, South Kingstown, West Greenwich, Westerly	South County Regional Family Center Oliver Stedman Center 4808 Tower Hill Road, Suite G1, Wakefield RI 02879	782-4300 782-4303 (CCAP) (ligação gratuita) 1-800-862-0222
<b>Escritório em Warwick</b> <b>Atende:</b> Warwick, West Warwick <b>GPA:</b> Charlestown, Coventry, Cranston, East Greenwich, Exeter, Hopkinton, Jamestown, Little Compton, Middletown, Narragansett, Newport, New Shoreham, North Kingstown, Portsmouth, Richmond, South Kingstown, Tiverton, Warwick, West Warwick, Westerly	Warwick Regional Family Center 195 Buttonwoods Avenue, Warwick, RI 02886	736-1400 736-1423 (CCAP) (ligação gratuita) 1-800-282-7021
<b>Escritório em Woonsocket/Escritório de apoio e serviços a longo prazo</b> <b>Atende:</b> Burrillville, Cumberland, Foster, Glocester, Lincoln, North Providence (não LTSS), North Smithfield, Smithfield, Woonsocket (GPA: todos exceto Foster)	Woonsocket Regional Family Center 450 Clinton Street, Woonsocket, RI 02895	235-6200 235-6241 (LTSS) 235-6223 (CCAP) (TTD) 235-6490 (ligação gratuita) 1-800-510-6988

**DEPARTAMENTO DE SERVIÇOS HUMANOS DE RHODE ISLAND  
SOLICITAÇÃO DE ASSISTÊNCIA**

Você fala inglês?  Sim  Não Se não, qual é o principal idioma falado? \_\_\_\_\_  
Você consegue ler e escrever em inglês?  Sim  Não Você precisa de intérprete?  Sim  Não  
Se você não fala inglês, algum adulto residente no seu domicílio fala inglês?  Sim  Não

**Desejo solicitar lo seguinte:**

-  ASSISTÊNCIA FINANCEIRA (RHODE ISLAND WORKS PROGRAM- RIW)
-  PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À NUTRIÇÃO SUPLEMENTAR (SNAP)
-  MEDICAID: ASSISTÊNCIA E SERVIÇOS A LONGO PRAZO
-  MEDICAID/COBERTURA DE SAÚDE PARA PESSOAS COM 65 ANOS DE IDADE OU MAIS, CEGOS, DEFICIENTES OU ADULTOS COM DEFICIÊNCIAS TRABALHANDO (SHERLOCK PLAN)
-  ASSISTÊNCIA PÚBLICA GERAL (GPA)
-  PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AO CUIDADO INFANTIL (CCAP)
-  PROGRAMA DE PAGAMENTO DO PRÊMIO DO MEDICARE (MPP)
-  PROGRAMA DE PAGAMENTO SUPLEMENTAR ESTADUAL SSI DE RI (SSP)
-  KATIE BECKETT: MEDICAID/COBERTURA MÉDICA PARA CRIANÇAS COM GRAVES DEFICIÊNCIAS

Nome \_\_\_\_\_ Inicial do nome do meio \_\_\_\_\_ Sobrenome \_\_\_\_\_ Sobrenome de solteira \_\_\_\_\_  
N do Social Security\_ \_\_\_\_\_ Data de nascimento\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
ESTADO CIVIL:  Solteiro  Casado  Divorciado  Outro  SEXO  Masculino  Feminino  
Endereço residencial \_\_\_\_\_  
Rua/Rota \_\_\_\_\_ Apt./Andar \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip(CEP) \_\_\_\_\_  
Endereço p/ correspondência \_\_\_\_\_  
(se diferente) Rua/Rota \_\_\_\_\_ Apt./Andar \_\_\_\_\_ Caixa Postal \_\_\_\_\_ Cidade/Município \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

**Caso esteja solicitando benefícios do SNAP, como você gostaria de ser entrevistado? Marque uma das caixas:**

**Entrevista por telefone**  (DHS ligará para você). (OU) **Entrevista no escritório**

**Número do telefone:** Dia \_\_\_\_\_ Noite \_\_\_\_\_

Caso queira autorizar outra pessoa a fazer a solicitação em seu nome, indique abaixo:

Quero que \_\_\_\_\_ solicite em meu nome. \_\_\_\_\_  
(Nome da pessoa) (Telefone de dia) (Telefone à noite)

A pessoa que quer assistência está grávida?  Sim  Não. Se sim, nome da pessoa: \_\_\_\_\_ Data do parto: \_\_\_\_\_

**VOCÊ PODE OBTER BENEFÍCIOS DO SNAP, SE ELEGÍVEL, EM 7 DIAS SE:** a soma da sua renda e seu dinheiro em espécie e no banco for menor que as suas despesas mensais com moradia; ou se a sua renda mensal for menor que US\$150 e o seu dinheiro no banco e os seus recursos líquidos forem menores que US\$100; ou caso você seja um migrante ou trabalhador agrícola sazonal.

- a. Quanto os residentes do seu domicílio têm em espécie ou no banco? \$ \_\_\_\_\_
- b. Qual é a renda total de qualquer fonte (incluindo renda não salarial, tal como pensão alimentícia, SSI, TDI, desemprego ou SSDI, etc.) você espera que o seu domicílio receba este mês? \$ \_\_\_\_\_
- c. Quanto você paga atualmente por mês de aluguel/hipoteca? \$ \_\_\_\_\_ Serviços públicos? \$ \_\_\_\_\_
- d. Alguém em seu domicílio é migrante ou trabalhador agrícola sazonal?  SIM  NÃO

Assinatura do requerente \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**\*\* Você pode cortar esta folha e enviar SOMENTE a frente e o verso desta página com nome, endereço e assinatura para que possamos datar, carimbar e iniciar esta solicitação. Para determinar a contínua elegibilidade do benefício, você deve assinar e preencher o restante desta solicitação.**

COMPOSIÇÃO FAMILIAR *Caso esteja solicitando o SNAP, liste todas as pessoas que moram na sua residência agora, mesmo que elas não queiram assistência. Caso esteja aplicando para qualquer outro programa, digite somente as informações abaixo do requerente, seu/sua esposo(a) e quaisquer dependentes. Caso esteja se inscrevendo para o programa Katie Beckett, digite as informações abaixo somente para a criança.*

<u>Sobrenome</u>	<u>Nome</u>	<u>Data de nascimento</u> (mm/dd/aaaa)	<u>Parentesco</u>	<u>S.S.N. (SSN, Social Security Number)</u> <i>(Necessário apenas se membro estiver solicitando benefícios. Caso esteja solicitando apenas assistência infantil, isto é necessário para a(s) criança(s)).</i>	<u>Cidadão americano? Responda Sim ou Não</u> <i>(Necessário apenas se membro estiver solicitando benefícios. Caso esteja solicitando apenas assistência infantil, isto é necessário para a(s) criança(s)).</i>

**Moro em um (marque um):**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> 01 Lar para idosos/deficientes               | <input type="checkbox"/> 06 Casa/trailer próprio           | <input type="checkbox"/> 11 Não tradicional: saguão, rua, automóvel         |
| <input type="checkbox"/> 02 Centro de reabilitação de drogas/álcool   | <input type="checkbox"/> 07 Casa/apt/trailer alugado       | <input type="checkbox"/> 12 Assistência residencial e residência geriátrica |
| <input type="checkbox"/> 03 Lar para cegos/deficientes                | <input type="checkbox"/> 08 Morando na casa/ apt de outros | <input type="checkbox"/> 13 Centro para tratamento de saúde prolongado      |
| <input type="checkbox"/> 04 Abrigo para mulheres vítimas de violência | <input type="checkbox"/> 09 Sem endereço permanente.       | <input type="checkbox"/> 99 Outro (especifique)_____                        |
| <input type="checkbox"/> 05 Abrigo                                    | <input type="checkbox"/> 10 Casa abrigo                    |   |

Você se mudou para Rhode Island nos últimos três (3) meses? Se sim, qual foi a sua razão para se mudar para cá?  Sim  Não Se sim, data: \_\_\_\_\_  
(marque uma).

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> L Procurar emprego    | <input type="checkbox"/> R Perto de parentes         | <input type="checkbox"/> W Para receber dinheiro, SNAP/Cupons de alimentos e/ ou assistência médica |
| <input type="checkbox"/> D Violência doméstica | <input type="checkbox"/> O Outro _____(especifique). |   |

De que estado você se mudou? \_\_\_\_\_ Você está recebendo assistência de outro estado?  Sim  Não

**Informações para requerentes do SNAP:**

Você pode registrar a sua solicitação imediatamente, contanto que tenhamos seu nome, endereço e assinatura de um responsável membro do domicílio ou seu representante autorizado nesta solicitação. Se for determinada a sua elegibilidade, os benefícios serão calculados a partir da data em que recebermos este formulário em nosso escritório. Somos obrigados a verificar as informações que você fornecer e tomar medidas quanto à sua solicitação dentro de trinta (30) dias da data da apresentação, a menos que você seja elegível para um serviço expresso. Para determinar se você é ou não elegível, você precisa ser entrevistado. A data de apresentação da solicitação para a pré-liberação de requerentes é a data de liberação da instituição.

**Sob pena de perjúrio, certifico que todas as informações contidas nesta solicitação são verdadeiras. Entendo que estou infringindo a lei se der informações falsas e posso ser punido sob lei federal, estadual, ou ambas.**

Assinatura do solicitante ou beneficiário	Data	Assinatura do representante autorizado	Data
Assinatura do cônjuge ou pai (mãe) da(s) criança(s)	Data	Assinatura do responsável, curador ou detentor de procuração	Data

<b>RETIRADA DA SOLICITAÇÃO</b>	<b>*** PARA USO EXCLUSIVO DA AGÊNCIA ***</b>
Após participar da entrevista de triagem, não quero fazer uma solicitação para <input type="checkbox"/> RIW, <input type="checkbox"/> SNAP, <input type="checkbox"/> Medicaid, <input type="checkbox"/> GPA, <input type="checkbox"/> CCAP, <input type="checkbox"/> MPP, <input type="checkbox"/> SSP ou <input type="checkbox"/> Katie Beckett neste momento. Entendo que posso solicitar novamente a qualquer tempo. Entendo que esta solicitação será recusada e uma notificação de recusa será enviada a mim. Relate a sua razão para retirar a sua solicitação: _____ _____ _____	
Assinatura do requerente	Data

Nome do representante da agência:	Data da triagem:	Data de admissão/entrevista
Programa(s):	ID do caso	

Nome: \_\_\_\_\_ Inicial do nome do meio: \_\_\_\_\_ Sobrenome: \_\_\_\_\_

Você ou qualquer residente do seu domicílio já foi condenado por:

- a) Um crime sob lei federal ou estadual por posse, uso ou distribuição de uma substância controlada (condenação por crime de drogas) após 22 de agosto de 1996? **SIM**  **NÃO**
- b) Trocar os benefícios do SNAP por drogas após 22 de setembro de 1996? **SIM**  **NÃO**
- c) Comprar ou vender benefícios do SNAP acima de \$500 após 22 de setembro de 1996? **SIM**  **NÃO**
- d) Fraudulenta receber benefícios duplicados do SNAP em qualquer estado após 22 de setembro de 1996? **SIM**  **NÃO**
- e) Trocar benefícios do SNAP por armas, munição ou explosivos após 22 de setembro de 1996? **SIM**  **NÃO**

Você ou qualquer residente do seu domicílio está fugindo para evitar processo, detenção ou confinamento após condenação sob a lei do local de onde você está fugindo por um crime ou tentativa de cometer um crime que seja delito grave sob a lei do local de onde você está fugindo ou o qual, no caso de Nova Jersey, seja uma alta contravenção sob o estado de Nova Jersey, ou violando uma condição de liberdade vigiada ou condicional imposta sob uma lei federal ou estadual? **SIM**  **NÃO**

Você ou qualquer residente do seu domicílio já foi considerado através de um processo de Audiência Administrativa de ter feito, ou já foi condenado em um tribunal federal ou estadual de ter feito, uma representação ou declaração fraudulenta com respeito à sua identidade ou local de residência a fim de receber múltiplos benefícios do Programa de Assistência à Nutrição Suplementar simultaneamente? **SIM**  **NÃO**

Você ou qualquer residente do seu domicílio já foi impedido de participar do SNAP/Programa de cupons de alimentos em outro estado? **SIM**  **NÃO**

**1b**



O Departamento de Serviços Humanos de Rhode Island (DHS) usa um sistema de resposta interativa por voz (IVR) para fazer “ligações de lembretes para compromissos” para lembrá-lo de um compromisso programado de entrevista telefônica ou no escritório. Os lembretes são para compromissos de certificação ou recertificação do SNAP e do Rhode Island Works. Dois dias antes da sua visita programada, o IVR automaticamente contatará o número que você escreveu nesta solicitação, a menos que você prefira ser excluído.

**Marque aqui** caso você *não* queira receber informações sobre os próximos passos no processo de solicitação de um sistema telefônico automatizado:

**1c**



Caso você more em uma residência com uma(s) criança(s) menor(es) (com menos de dezoito anos de idade), existe mais de um pai (mãe) adulto ou adulto que divida controles/direitos parentais sobre a(s) criança(s)? **SIM**  **NÃO**

Caso você more em tal residência, indique um pai (mãe) adulto ou um adulto que tenha controle parental da(s) criança(s) e como chefe da residência aqui. Nome \_\_\_\_\_

**1d**



Você previamente solicitou ou recebeu qualquer tipo de pagamento de assistência, benefícios ou benefícios do SNAP/Cupons de alimentos em R.I. ou em outro estado? **SIM**  **NÃO**

Se Sim, sob que nome? \_\_\_\_\_ Onde? \_\_\_\_\_ Quando? \_\_\_\_\_ Tipo? \_\_\_\_\_



MEMB

**\* Raça e etnia**

Solicitamos que você forneça estas informações a fim de assegurarmos que todas as pessoas possam obter os benefícios a que tenham direito e que não estejamos discriminando ninguém. Você não tem que fornecer estas informações. Caso decida não fornecer estas informações, isto não afetará a sua elegibilidade para benefícios. Você pode selecionar mais de uma categoria sob "raça".

**MEMBROS**

	<b>Nº do Social Security</b> <i>(Forneça esta informação apenas se a pessoa estiver solicitando benefícios. Se solicitando assistência infantil apenas, isto é preciso para a(s) criança(s)).</i>	<b>Sexo</b>	<b>Estado civil</b> <i>(marque um).</i>	<b>Cidadão americano?</b> <i>(Forneça esta informação apenas se a pessoa estiver solicitando benefícios. Se solicitando assistência infantil apenas, isto é preciso para a(s) criança(s)).</i>	<b>Esta pessoa é hispânica ou latina?*</b>	<b>Raça *</b> <i>(Você pode selecionar mais de uma raça).</i>
1	____/____/____	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado/separado <input type="checkbox"/> Viúvo	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Hispânico <input type="checkbox"/> No hispânico <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Indio americano ou nativo do Alasca <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro ou afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo do Havai ou outras ilhas do Pacífico <input type="checkbox"/> Branco
2	____/____/____	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado/separado <input type="checkbox"/> Viúvo	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Hispânico <input type="checkbox"/> No hispânico <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Indio americano ou nativo do Alasca <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro ou afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo do Havai ou outras ilhas do Pacífico <input type="checkbox"/> Branco
3	____/____/____	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado/separado <input type="checkbox"/> Viúvo	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Hispano <input type="checkbox"/> No hispânico <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Indio americano ou nativo do Alasca <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro ou afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo do Havai ou outras ilhas do Pacífico <input type="checkbox"/> Branco
4	____/____/____	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado/separado <input type="checkbox"/> Viúvo	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Hispânico <input type="checkbox"/> No hispânico <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Indio americano ou nativo do Alasca <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro ou afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo do Havai ou outras ilhas do Pacífico <input type="checkbox"/> Branco
5	____/____/____	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado/separado <input type="checkbox"/> Viúvo	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Hispânico <input type="checkbox"/> No hispano <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Indio americano ou nativo do Alasca <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro ou afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo do Havai ou outras ilhas do Pacífico <input type="checkbox"/> Branco
6	____/____/____	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado/separado <input type="checkbox"/> Viúvo	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Hispano <input type="checkbox"/> No hispânico <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Indio americano ou nativo do Alasca <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro ou afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo do Havai ou outras ilhas do Pacífico <input type="checkbox"/> Branco
7	____/____/____	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado/separado <input type="checkbox"/> Viúvo	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Hispânico <input type="checkbox"/> No hispânico <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Indio americano ou nativo do Alasca <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro ou afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo do Havai ou outras ilhas do Pacífico <input type="checkbox"/> Branco
8	____/____/____	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado/separado <input type="checkbox"/> Viúvo	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Hispânico <input type="checkbox"/> No hispânico <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Indio americano ou nativo do Alasca <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro ou afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo do Havai ou outras ilhas do Pacífico <input type="checkbox"/> Branco
9	____/____/____	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado/separado <input type="checkbox"/> Viúvo	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Hispânico <input type="checkbox"/> No hispânico <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Indio americano ou nativo do Alasca <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro ou afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo do Havai ou outras ilhas do Pacífico <input type="checkbox"/> Branco

Caso haja mais pessoas na sua residência, liste-as na página 26 marcada "apenas para uso de clientes"

**2**

Você, seu/sua esposo(a), ou alguém na sua residência é veterano militar, dependente de um veterano, ou sobrevivente de um veterano?

Sim

Não



Se sim, preencha as caixas abaixo sobre cada pessoa.

Sobrenome	Nome	Inicial do nome do meio	Status de veterano	Solicitou benefícios de veterano	Data do serviço	Nº de série	Nº de solicitação de V.A.
			Veterano <input type="checkbox"/> Dependente <input type="checkbox"/> Sobrevivente <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	___/___/___		
			Veterano <input type="checkbox"/> Dependente <input type="checkbox"/> Sobrevivente <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	___/___/___		
			Veterano <input type="checkbox"/> Dependente <input type="checkbox"/> Sobrevivente <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	___/___/___		

**3**

Você, seu/sua esposo(a), ou alguém na sua residência nasceu fora dos EUA?

Sim

Não



(Caso esteja solicitando Assistência Infantil ou Katie Beckett, responda esta pergunta apenas para a criança requerente.).

\*\* O status de estrangeiro de requerentes membros da residência está sujeito à verificação pelo USCIS (anteriormente conhecido como INS) através da apresentação das informações desta solicitação ao USCIS. As informações apresentadas recebidas do USCIS podem afetar a elegibilidade da sua residência e o nível de benefícios da sua residência.

Se sim, preencha as caixas abaixo sobre cada pessoa que esteja solicitando benefícios e que não tenha cidadania americana.

ALIE

Sobrenome	Nome	Inicial do nome do meio	País de origem	Nº de registro de estrangeiro	Nº de imigração
Status de estrangeiro:	<input type="checkbox"/> Refugiado/Asilo concedido <input type="checkbox"/> Residente permanente <input type="checkbox"/> Outro	Data de entrada _____ Data de entrada _____ Data de entrada _____	Data de status no USCIS _____ Data de residência permanente _____ Data de status no USCIS _____		
Nome do patrocinador			Endereço do patrocinador		
Esta pessoa morou nos EUA antes de 22/8/96?			Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		

Sobrenome	Nome	Inicial do nome do meio	País de origem	Nº de registro de estrangeiro	Nº de imigração
Status de estrangeiro:	<input type="checkbox"/> Refugiado/Asilo concedido <input type="checkbox"/> Residente permanente <input type="checkbox"/> Outro	Data de entrada _____ Data de entrada _____ Data de entrada _____	Data de status no USCIS _____ Data de residência permanente _____ Data de status no USCIS _____		
Nome do patrocinador			Endereço do patrocinador		
Esta pessoa morou nos EUA antes de 22/8/96?			Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		

**4** Você, seu/sua esposo(a), ou alguém na sua residência está morando em um arranjo de moradia em grupo, como os tipos listados abaixo?



Sim   
Não

**EXEMPLOS**

Abrijo para os sem-teto      Centro de tratamento de droga      Hospital      Instalações de residência assistida  
Comunidade      Centro de tratamento de álcool      Abrijo para mulheres vítimas de violência      Dormitório

Se sim, preencha as caixas abaixo sobre cada pessoa.. GROP

Sobrenome	Nome	Inicial do nome do meio	Nome das instalações	Tipo

**5** Você ou alguém na sua residência que tenha dezesseis (16) anos de idade ou mais está em High School (ensino médio), faculdade, escola profissionalizante ou programa de treinamento vocacional?



Sim   
Não

Se sim, preencha as caixas abaixo sobre cada pessoa. S C H L

Sobrenome				Nome	Inicial do nome do meio	Escola/Programa de treinamento	Endereço						
Marque um.	Tempo integral	Meio período	Menos que meio período			Data de conclusão	Tipo	Status	Ver	Count RIW	Count SNAP	MA	GPA
	[ ]	[ ]	[ ]										

Sobrenome				Nome	Inicial do nome do meio	Escola/Programa de treinamento	Dirección						
Marque um.	Tempo integral	Meio período	Menos que meio período			Data de conclusão	Tipo	Status	Ver	Count RIW	Count SNAP	MA	GPA
	[ ]	[ ]	[ ]										

**6** Além de você e do(a) seu/sua esposo(a), existe alguém na sua residência que tenha filhos com menos de vinte e dois (22) anos de idade que também more na residência?



Sim   
Não

Se sim, preencha as caixas abaixo sobre cada pessoa. P A R E

Pai/Mãe:			Filho (a):			Filho (a):		
Sobrenome	Nome	Inicial do nome do meio	Sobrenome	Nome	Inicial do nome do meio	Sobrenome	Nome	Inicial do nome do meio

**7** Há alguém que more com você que compre e prepare a comida separadamente?



Sim   
Não

Se sim, liste as pessoas que não comem com você. P A R E

Sobrenome	Nome	Inicial do nome do meio	Sobrenome	Nome	Inicial do nome do meio	Sobrenome	Nome	Inicial do nome do meio

**8** Você ou alguém na sua residência está grávida?



Sim   
Não

Se sim, preencha as caixas abaixo sobre a pessoa grávida.

PREG

Sobrenome	Nome	Inicial do nome do meio	Data prevista do parto	Sobrenome	Nome	Inicial do nome do meio	Data prevista do parto
			___/___/___				___/___/___

**9** Você, seu/sua esposo(a), ou alguém na sua residência é mentalmente ou fisicamente doente, incapacitado, deficiente ou cego?



Sim   
Não

Se sim, preencha as caixas abaixo sobre cada pessoa.

DISA

Sobrenome	Nome	Inicial do nome do meio	Problema médico (descreva)	Causado por um acidente? Sim [ ] Não [ ]
Esta pessoa está ativa com o Departamento de Serviços de Reabilitação para Cegos? Esta pessoa solicitou benefícios de SSI ou Social Security (RSDI)? Se esta pessoa é pai/mãe que não está trabalhando, a deficiência desta pessoa a torna incapaz de cuidar da(s) criança(s)?			Sim [ ] Não [ ] Sim [ ] Não [ ] Sim [ ] Não [ ]	Fator Revisão Ver Cego

Sobrenome	Nome	Inicial do nome do meio	Problema médico (descreva)	Causado por um acidente? Sim [ ] Não [ ]
Esta pessoa está ativa com o Departamento de Serviços de Reabilitação para Cegos? Esta pessoa solicitou benefícios de SSI ou Social Security (RSDI)? Se esta pessoa é pai/mãe que não está trabalhando, a deficiência desta pessoa a torna incapaz de cuidar da(s) criança(s)?			Sim [ ] Não [ ] Sim [ ] Não [ ] Sim [ ] Não [ ]	Fator Revisão Ver Cego

**10** Há crianças na residência cujos pais sejam falecidos?



Sim   
Não

Se sim, preencha as caixas abaixo sobre cada pessoa..

ABSP

Nome do pai (mãe) falecido: Sobrenome	Nome	Inicial do nome do meio	Nº do Social Security ___/___/___	Sexo Masculino [ ] Feminino [ ]	Data de nascimento ___/___/___	Data de nascimento ___/___/___	Ver				
Liste os filhos deste pai(mãe) falecido nos espaços abaixo.											
Sobrenome	Nome	Inicial do nome do meio	P	Sobrenome	Nome	Inicial do nome do meio	P	Sobrenome	Nome	Inicial do nome do meio	P
Sobrenome	Nome	Inicial do nome do meio	P	Sobrenome	Nome	Inicial do nome do meio	P	Sobrenome	Nome	Inicial do nome do meio	P

**11**

Há criança(s) na residência que não tenha ambos os pais (naturais ou adotivos) morando com ela(s) ?

Sim

Não

A lei estadual assume que uma criança nascida durante o período em que um casal esteja casado ou dentro de 10 meses de um decreto final de divórcio seja filho(a) de tal casal. Liste como pai sem a custódia da criança, o atual ou ex-esposo, pai de crianças nascidas durante aquela época. Se o decreto de divórcio ou ordem judicial excluir seu esposo ou ex-esposo como pai de qualquer da(s) criança(s) listada(s) na solicitação, você precisa listar o pai biológico da(s) criança(s) e prover cópias do decreto ou ordem com esta solicitação.

Se sim, preencha as caixas abaixo sobre cada pai(mãe) sem custódia e as crianças nesta residência de cada pai(mãe) sem custódia. **A B S P**

Sobrenome do pai (mãe) sem custódia		Nome		Inicial do nome do meio		Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		SSN do pai (mãe) sem custódia ____/____/____		Data de nascimento ____/____/____	
Endereço do pai (mãe) sem custódia						Telefone do pai (mãe) sem custódia					
Nome do empregador				Endereço do empregador				Este pai (mãe) é deficiente e/ou veterano? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			
Os pais da(s) criança(s) estavam casados um com o outro? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Se sim, data do casamento ____/____/____			Os pais da(s) criança(s) estavam casados um com o outro? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Se não, data do divórcio. ____/____/____			Estado civil do pai (mãe) sem custódia Nunca casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Desconhecido <input type="checkbox"/>					
Criança(s) deste pai (mãe) morando nesta residência			Estado do nascimento		Há uma ordem judicial para pensão alimentícia, cobertura médica ou paternidade? (Se sim, liste a data)						
Sobrenome da criança		Nome		Inicial do nome do meio							
1.						Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Suporte Cobertura médica Paternidade		[ ] Data _____ [ ] Data _____ [ ] Data _____	
2.						Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Suporte Cobertura médica Paternidade		[ ] Data _____ [ ] Data _____ [ ] Data _____	
3.						Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Suporte Cobertura médica Paternidade		[ ] Data _____ [ ] Data _____ [ ] Data _____	
4.						Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Suporte Cobertura médica Paternidade		[ ] Data _____ [ ] Data _____ [ ] Data _____	
Solicitamos informações sobre o pai (mãe) sem custódia para que possamos pedir pensão alimentícia. Caso você tenha medo de que você ou sua criança será prejudicada pelo pai (mãe) sem custódia se você nos ajudar neste processo, você pode ser dispensado(a) de cooperar. Nós o(a) encaminharemos ao Advogado da Violência Doméstica, que pode discutir isto com você e ajudar com o planejamento de segurança. Marque esta caixa se tiver medo de prejuízo para você ou sua criança se você nos ajudar a coletar pensão alimentícia. <input type="checkbox"/>											

Sobrenome do pai (mãe) sem custódia:		Nome		Inicial do nome do meio		Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		SSN do pai (mãe) sem custódia ____/____/____		Data de nascimento do pai (mãe) ____/____/____	
Endereço do pai (mãe) sem custódia						Telefone do pai (mãe) sem custódia					
Nome do empregador				Endereço do empregador				Este pai (mãe) é deficiente e/ou veterano? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			
Os pais da(s) criança(s) estavam casados um com o outro? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Se sim, data do casamento. ____/____/____			Os pais da(s) criança(s) estão atualmente casados um com o outro? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Se não, data do divórcio. ____/____/____			Estado civil do pai (mãe) sem custódia Nunca casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Desconhecido <input type="checkbox"/>					
Criança(s) deste pai (mãe) morando nesta residência			Estado do nascimento		Há uma ordem judicial para pensão alimentícia, cobertura médica ou paternidade? (Se sim, liste a data).						
Sobrenome da criança		Nome		Inicial do nome do meio							
1.						Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Suporte Cobertura médica Paternidade		[ ] Data _____ [ ] Data _____ [ ] Data _____	
2.						Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Suporte Cobertura médica Paternidade		[ ] Data _____ [ ] Data _____ [ ] Data _____	
3.						Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Suporte Cobertura médica Paternidade		[ ] Data _____ [ ] Data _____ [ ] Data _____	
4.						Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Suporte Cobertura médica Paternidade		[ ] Data _____ [ ] Data _____ [ ] Data _____	
Solicitamos informações sobre o pai (mãe) sem custódia para que possamos pedir pensão alimentícia. Caso você tenha medo de que você ou sua criança será prejudicada pelo pai (mãe) sem custódia se você nos ajudar neste processo, você pode ser dispensado(a) de cooperar. Nós o(a) encaminharemos ao Advogado da Violência Doméstica, que pode discutir isto com você e ajudar com o planejamento de segurança. Marque esta caixa se tiver medo de prejuízo para você ou sua criança se você nos ajudar a coletar pensão alimentícia. <input type="checkbox"/>											

Pergunta 11 (continuação)

Sobrenome do pai (mãe) sem custódia		Nome	Inicial do nome do meio	Sexo M [ ] F [ ]	SSN do pai (mãe) sem custódia ____/____/____		Data de nascimento ____/____/____
Endereço do pai (mãe) sem custódia				Telefone do pai (mãe) sem custódia			
Nome do empregador			Endereço do empregador			Este pai (mãe) é deficiente e/ou veterano? Sim [ ] Não [ ]	
Os pais da(s) criança(s) estavam casados um com o outro? Sim [ ] Não [ ] Se sim, data do casamento ____/____/____		Os pais da(s) criança(s) estão atualmente casados um com o outro? Sim [ ] Não [ ] Se não, data do divórcio ____/____/____		Estado civil do pai (mãe) sem custódia Nunca casado [ ] Divorciado [ ] Viúvo [ ] Casado [ ] Separado [ ] Desconhecido [ ]			
Criança(s) deste pai (mãe) morando nesta residência			Estado do nascimento	Há uma ordem judicial para pensão alimentícia, cobertura médica ou paternidade? (Se sim, liste a data).			
Sobrenome da criança		Nome	Inicial do nome do meio				
1.				Sim [ ] Não [ ]	Suporte Cobertura médica Paternidade	[ ] [ ] [ ]	Data _____ Data _____ Data _____
2.				Sim [ ] Não [ ]	Suporte Cobertura médica Paternidade	[ ] [ ] [ ]	Data _____ Data _____ Data _____
3.				Sim [ ] Não [ ]	Suporte Cobertura médica Paternidade	[ ] [ ] [ ]	Data _____ Data _____ Data _____
4.				Sim [ ] Não [ ]	Suporte Cobertura médica Paternidade	[ ] [ ] [ ]	Data _____ Data _____ Data _____
Solicitamos informações sobre o pai (mãe) sem custódia para que possamos pedir pensão alimentícia. Caso você tenha medo de que você ou sua criança será prejudicada pelo pai (mãe) sem custódia se você nos ajudar neste processo, você pode ser dispensado(a) de cooperar. Nós o(a) encaminharemos ao Advogado da Violência Doméstica, que pode discutir isto com você e ajudar com o planejamento de segurança. Marque esta caixa se tiver medo de prejuízo para você ou sua criança se você nos ajudar a coletar pensão alimentícia. <input type="checkbox"/>							

Sobrenome do pai (mãe) sem custódia		Nome	Inicial do nome do meio	Sexo M [ ] F [ ]	SSN do pai (mãe) sem custódia ____/____/____		Data de nascimento do pai (mãe) ____/____/____
Endereço do pai (mãe) sem custódia				Telefone do pai (mãe) sem custódia			
Nome do empregador			Endereço do empregador			Este pai (mãe) é deficiente e/ou veterano? Sim [ ] Não [ ]	
Os pais da(s) criança(s) estavam casados um com o outro? Sim [ ] Não [ ] Se sim, data do casamento ____/____/____		Os pais da(s) criança(s) estão atualmente casados um com o outro? Sim [ ] Não [ ] Se não, data do divórcio ____/____/____		Estado civil do pai (mãe) sem custódia Nunca casado [ ] Divorciado [ ] Viúvo [ ] Casado [ ] Separado [ ] Desconhecido [ ]			
Criança(s) deste pai (mãe) morando nesta residência.			Estado do nascimento	Há uma ordem judicial para pensão alimentícia, cobertura médica ou paternidade? (Se sim, liste a data).			
Sobrenome da criança		Nome	Inicial do nome do meio				
1.				Sim [ ] Não [ ]	Suporte Cobertura médica Paternidade	[ ] [ ] [ ]	Data _____ Data _____ Data _____
2.				Sim [ ] Não [ ]	Suporte Cobertura médica Paternidade	[ ] [ ] [ ]	Data _____ Data _____ Data _____
3.				Sim [ ] Não [ ]	Suporte Cobertura médica Paternidade	[ ] [ ] [ ]	Data _____ Data _____ Data _____
4.				Sim [ ] Não [ ]	Suporte Cobertura médica Paternidade	[ ] [ ] [ ]	Data _____ Data _____ Data _____
Solicitamos informações sobre o pai (mãe) sem custódia para que possamos pedir pensão alimentícia. Caso você tenha medo de que você ou sua criança será prejudicada pelo pai (mãe) sem custódia se você nos ajudar neste processo, você pode ser dispensado(a) de cooperar. Nós o(a) encaminharemos ao Advogado da Violência Doméstica, que pode discutir isto com você e ajudar com o planejamento de segurança. Marque esta caixa se tiver medo de prejuízo para você ou sua criança se você nos ajudar a coletar pensão alimentícia. <input type="checkbox"/>							

**12**

Você ou algum outro pai (mãe) na residência está desempregado ou trabalhando apenas meio período? (marque um).  Desempregado  Meio período

Sim

Não



Se sim, preencha as caixas abaixo..

U N E M

Sobrenome	Nome	Inicial do nome do meio	Esta pessoa recebeu compensação por desemprego nos últimos 12 meses?	Sim [ ] Não [ ]	Recebido em: De ____ a ____	UC	Ver
Esta pessoa recusou uma oferta de trabalho ou programa de treinamento nos últimos 30 dias?				Sim [ ]	Não [ ]	Allow	
Esta pessoa se registrou com o Departamento de Trabalho e Treinamento (D.L.T.)?				Sim [ ]	Não [ ]	Ver	
Liste as horas e semanas trabalhadas nos últimos 30 dias abaixo.				Liste todos os empregos nos últimos cinco (5) anos			
Semana de trabalho	Data	Nº de dias trabalhados	Horas trabalhadas	Nome do empregador	Endereço do empregador	Datas do emprego	Valor ganho
Semana um (1)						De ____ Até ____	
Semana dois (2)						De ____ Até ____	
Semana três (3)						De ____ Até ____	
Semana quatro (4)						De ____ Até ____	
Semana cinco (5)						De ____ Até ____	

Sobrenome	Nome	Inicial do nome do meio	Esta pessoa recebeu compensação por desemprego nos últimos 12 meses?	Sim [ ] Não [ ]	Recebido em: De ____ a ____	UC	Ver
Esta pessoa recusou uma oferta de trabalho ou programa de treinamento nos últimos 30 dias?				Sim [ ]	Não [ ]	Allow	
Esta pessoa se registrou com o Departamento de Trabalho e Treinamento (D.L.T.)?				Sim [ ]	Não [ ]	Ver	
Liste as horas e semanas trabalhadas nos últimos 30 dias abaixo.				Liste todos os empregos nos últimos cinco (5) anos			
Semana de trabalho	Data	Nº de dias trabalhados	Horas trabalhadas	Nome do empregador	Endereço do empregador	Datas do emprego	Valor ganho
Semana um (1)						De ____ Até ____	
Semana dois (2)						De ____ Até ____	
Semana três (3)						De ____ Até ____	
Semana quatro (4)						De ____ Até ____	
Semana cinco (5)						De ____ Até ____	

**13**

Você ou alguém na residência deixou um emprego nos últimos sessenta (60) dias ou alguém está em greve?

Sim

Não

Se sim, preencha as caixas abaixo

QUIT/STRK

Sobrenome	Nome	Inicial do nome do meio	Motivo para deixar o emprego	Data em que deixou o emprego/ Data em que a greve começou _____/_____/_____
Nome do empregador			Endereço do empregador	

As perguntas 14 a 19 b são sobre recursos – dinheiro e coisas que você possui.



**CASO ESTEJA SOLICITANDO APENAS O SNAP, NÃO PREENCHA AS PERGUNTAS 14 A 19b, SALVO INSTRUÇÕES EM CONTRÁRIO DO FUNCIONÁRIO DO DHS DURANTE A SUA ENTREVISTA. CONTINUE PARA A PERGUNTA 20.**

**14**

Você, seu/sua esposo(a), ou alguém na sua residência possui algum dinheiro?

Sim

Não



Se sim, preencha as caixas abaixo sobre cada pessoa com dinheiro

CASH

Sobrenome	Nome	Inicial do nome do meio	Quantia	Sobrenome	Nome	Inicial do nome do meio	Quantia
			\$ _____				\$ _____

**15**

Você, seu/sua esposo(a), ou alguém na sua residência tem seu nome em alguma conta como as listadas abaixo?

Sim

Não



**EXEMPLOS:**

Conta corrente

Conta em cooperativa de crédito

Certificado de poupança

IRA

Fundos mútuos de

Conta de poupança

Conta do mercado financeiro

Certificado de depósito

Anuidade

Fundo fiduciário Reserva para despesas

Se sim, preencha as caixas abaixo para cada conta.

BANK

Sobrenome	Nome	Inicial do nome do meio	Tipo da conta	Nº da conta	Valor
					\$ _____
Nome do co-proprietário Endereço			Instituição financeira Endereço		

Sobrenome	Nome	Inicial do nome do meio	Tipo da conta	Nº da conta	Valor
					\$ _____
Nome do co-proprietário Endereço			Instituição financeira Endereço		

Sobrenome	Nome	Inicial do nome do meio	Tipo da conta	Nº da conta	Valor
					\$ _____
Nome do co-proprietário Endereço			Instituição financeira Endereço		

Sobrenome	Nome	Inicial do nome do meio	Tipo da conta	Nº da conta	Valor
					\$ _____
Nome do co-proprietário Endereço			Instituição financeira Endereço		

Sobrenome	Nome	Inicial do nome do meio	Tipo da conta	Nº da conta	Valor
					\$ _____
Nome do co-proprietário Endereço			Instituição financeira Endereço		

**15 a** Você, seu/sua esposo(a), ou alguém na sua residência recebeu um pagamento único do Social Security, Aposentadoria, Renda de Sobrevivência e por Deficiência (RSDI) nos últimos 6 meses?

Sim   
Não



Si la respuesta es "sí", complete el siguiente recuadro.

Sobrenome	Nome	Inicial do nome do meio	Valor recebido: \$ _____	Recebido em: ____/____/____
-----------	------	-------------------------	-----------------------------	--------------------------------

**16** Você, seu/sua esposo(a), ou alguém na sua residência possui ou tem registrado em seu nome algum veículo como os tipos listados abaixo?

Sim   
Não



**EXEMPLOS:** Carro                      Barco                      Caminhão                      Motocicleta  
Trailer                      Veículo de neve                      Veículo recreativo

Se sim, preencha as caixas abaixo para cada veículo..

C A R S

Sobrenome do proprietário	Nome	Inicial do nome do meio	Veículo	Marca	Modelo	Ano	Valor no "blue book" \$ _____
Para que é usado este veículo? (ex: trabalho, uso diário, transporte para membro com deficiência da residência.)	Valor devido \$ _____		Número de ID do veículo		Número de registro		
Companhia de seguro							

Sobrenome do proprietário	Nome	Inicial do nome do meio	Veículo	Marca	Modelo	Ano	Valor no "blue book" \$ _____
Para que é usado este veículo? (ex: trabalho, uso diário, transporte para membro com deficiência da residência.)	Valor devido \$ _____		Número de ID do veículo		Número de registro		
Companhia de seguro							

Sobrenome do proprietário	Nome	Inicial do nome do meio	Veículo	Marca	Modelo	Ano	Valor no "blue book" \$ _____
Para que é usado este veículo? (ex: trabalho, uso diário, transporte para membro com deficiência da residência.)	Valor devido \$ _____		Número de ID do veículo		Número de registro		
Companhia de seguro							

**17** Você, seu/sua esposo(a), ou alguém na sua residência possui itens de valor?



Sim

Não

(Inclua quaisquer itens de valor não listados nas perguntas 14, 15 ou 16)

**EXEMPLOS:**      Ações      Propriedade pessoal (antiquidades, coleções, joias, etc.)      Contrato para despesas funerárias  
Obrigações      Seguro assistencial de longo prazo      Hipotecas reversas

Se sim, preencha as caixas abaixo C A R S

### AÇÕES, OBRIGAÇÕES, OUTROS

Sobrenome	Nome	Inicial do nome do meio	Tipo de recurso
Sobrenome do co-proprietário	Nome	Inicial do nome do meio	Endereço do co-proprietário

Sobrenome	Nome	Inicial do nome do meio	Tipo de recurso
Sobrenome do co-proprietário	Nome	Inicial do nome do meio	Endereço do co-proprietário

Sobrenome	Nome	Inicial do nome do meio	Tipo de recurso
Sobrenome do co-proprietário	Nome	Inicial do nome do meio	Endereço do co-proprietário

### SEGURO DE VIDA/SEGURO ASSISTENCIAL DE LONGO PRAZO

Sobrenome	Nome	Inicial do nome do meio	Nome da companhia	Número da apólice	Tipo
De propriedade de:			Valor nominal	Valor em espécie	Valor do empréstimo

Sobrenome	Nome	Inicial do nome do meio	Nome da companhia	Número da apólice	Tipo
De propriedade de:			Valor nominal	Valor em espécie	Valor do empréstimo

Sobrenome	Nome	Inicial do nome do meio	Nome da companhia	Número da apólice	Tipo
De propriedade de:			Valor nominal	Valor em espécie	Valor do empréstimo

### CONTRATO PARA DESPESAS FUNERÁRIAS

Sobrenome	Nome	Inicial do nome do meio	Valor	Irrevogável	Data efetiva ____/____/____
Casa funerária			Endereço da casa funerária		

Sobrenome	Nome	Inicial do nome do meio	Valor	Irrevogável	Data efetiva ____/____/____
Casa funerária			Endereço da casa funerária		



**20**

Você ou alguém na sua residência tem ou espera receber renda de um emprego este mês?



Sim

Não

Nota: Caso seja autônomo, será pedido que você forneça as informações da pergunta 25.

**EXEMPLOS**      Salários/Vencimentos      Comissões      Guarda Nacional      Reserva do Exército  
Trabalho/Estudo      Treinamento no emprego      Emprego protegido      Exército dos EUA

Se sim, preencha as caixas abaixo sobre cada pessoa.					JINC
Sobrenome		Nome	Inicial do nome do meio	Nome e endereço do empregador	
Data em que começou/começará o emprego ____/____/____		Tipo de trabalho		Dia da semana pago	
Frequência do pagamento: <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> A cada duas semanas <input type="checkbox"/> Duas vezes por mês <input type="checkbox"/> Mensalmente <input type="checkbox"/> Outro__					
Liste o valor bruto pago em cada dia de pagamento este mês					
Dia de pagamento	Data do pagamento	Data do fim do período de pagamento	Horas trabalhadas por período de pagamento	Salário bruto antes de impostos	Gorjetas/Comissões
1.º	____/____/____	____/____/____		\$	\$
2.º	____/____/____	____/____/____		\$	\$
3.º	____/____/____	____/____/____		\$	\$
4.º	____/____/____	____/____/____		\$	\$
Você recebeu crédito de imposto sobre rendimento de trabalho na sua folha de pagamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			Este emprego faz parte de um programa de estudo e trabalho? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Este é um programa de treinamento no emprego no trabalho? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			Esta renda será recebida no mês seguinte? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Liste o número de horas que você espera ser pago no mês seguinte:					
Número de horas: _____ Ganho bruto esperado: \$ _____ Gorjetas/Comissões: \$ _____					

Cronograma de treinamento/escola/trabalho (assistência infantil apenas)



Dia	Horário de início	Horário de fim
Segunda-feira		
Terça-feira		
Quarta-feira		
Quinta-feira		
Sexta-feira		
Sábado		
Domingo		
Se o seu cronograma variar, explique como (você pode enviar documentação adicional para verificação)		

Pergunta 20 (Continuação)



Sobrenome		Nome		Inicial do nome do meio		Nome e endereço do empregador		
Fecha de inicio del empleo ____/____/____			Tipo de trabajo			Día de pago		
Frequência do pagamento: <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> A cada duas semanas <input type="checkbox"/> Duas vezes por mês <input type="checkbox"/> Mensalmente <input type="checkbox"/> Outro _____								
Liste o valor bruto pago em cada dia de pagamento este mês								
Dia de pagamento	Data do pagamento	Data do pagamento	Horas trabalhadas por período de pagamento	Salário bruto antes de impostos	Gorjetas/ Comissões			
1.º	____/____/____	____/____/____		\$	\$			
2.º	____/____/____	____/____/____		\$	\$			
3.º	____/____/____	____/____/____		\$	\$			
4.º	____/____/____	____/____/____		\$	\$			
Você recebeu crédito de imposto sobre rendimento de trabalho na sua folha de pagamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				Este emprego faz parte de um programa de estudo e trabalho? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
Este é um programa de treinamento no emprego no trabalho? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				Esta renda será recebida no mês seguinte? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
Liste o número de horas que você espera ser pago no mês seguinte:								
Número de horas: _____ Ganho bruto esperado: \$ _____ Gorjetas/Comissões: \$ _____								

Cronograma de treinamento/escola/trabalho (assistência infantil apenas)



Dia	Horário de início	Horário de fim
Segunda-feira		
Terça-feira		
Quarta-feira		
Quinta-feira		
Sexta-feira		
Sábado		
Domingo		
Se o seu cronograma variar, explique como (você pode enviar documentação adicional para verificação).		

Pergunta 20 (Continuação)



Sobrenome		Nome		Inicial do nome do meio		Nome e endereço do empregador	
Data em que começou/começará o emprego ____/____/____			Tipo de trabalho			Dia da semana pago	
Frequência do pagamento: <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> A cada duas semanas <input type="checkbox"/> Duas vezes por mês <input type="checkbox"/> Mensalmente <input type="checkbox"/> Outro _____							
Liste o valor bruto pago em cada dia de pagamento este mês.							
Dia de pagamento	Data do pagamento	Data do fim do período de pagamento	Horas trabalhadas por período de pagamento	Salário bruto antes de impostos	Gorjetas/ Comissões		
1.º	____/____/____	____/____/____		\$	\$		
2.º	____/____/____	____/____/____		\$	\$		
3.º	____/____/____	____/____/____		\$	\$		
4.º	____/____/____	____/____/____		\$	\$		
Você recebeu crédito de imposto sobre rendimento de trabalho na sua folha de pagamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>				Este emprego faz parte de um programa de estudo e trabalho? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Este é um programa de treinamento no emprego no trabalho? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				Esta renda será recebida no mês seguinte? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Liste o número de horas que você espera ser pago no mês seguinte:							
Número de horas: _____ Ganho bruto esperado: \$ _____ Gorjetas/Comissões: \$ _____							

Cronograma de treinamento/escola/trabalho (assistência infantil apenas)



Dia	Horário de início	Horário de fim
Segunda-feira		
Terça-feira		
Quarta-feira		
Quinta-feira		
Sexta-feira		
Sábado		
Domingo		

Se o seu cronograma variar, explique como (você pode enviar documentação adicional para verificação)

21

Você, seu/sua esposo(a), ou alguém na sua residência tem uma reivindicação ou ação judicial pendente por doença ou lesões sofridas devido a um acidente automobilístico, acidente de trabalho, etc, ou por qualquer ação judicial na qual você possa receber dinheiro?

Sim

Não



Se sim, preencha as caixas abaixo.						SETT
Sobrenome	Nome	Inicial do nome do meio	Tipo de reivindicação (descreva)	Data do incidente ____/____/____	Acidente de trabalho Sim [ ] Não [ ]	
Pessoa (ou empresa) responsável Endereço			Companhia de seguro	Nome do advogado		
			Endereço	Endereço		

**22**

Você, seu/sua esposo(a), ou alguém na sua residência recebe renda proveniente de aluguel?



Sim   
Não

Se sim, preencha as caixas abaixo sobre a pessoa que recebe o aluguel..

RINC

Sobrenome		Nome		Inicial do nome do meio		Número total de unidades				
A pessoa listada acima mora aqui? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				Horas trabalhadas por semana para manter a propriedade: _____						
Total do aluguel recebido \$ _____ Com que frequência? _____				A renda será recebida nos próximos meses? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não						
Gastos de la propiedad alquilada		Frecuencia		Gastos de la propiedad alquilada		Frecuencia		Despesa de aluguel		Quão frequente?
Hipoteca \$ _____				Água \$ _____				Eletr \$ _____		\$ _____
Impostos \$ _____				Esgoto \$ _____				Óleo \$ _____		\$ _____
				Lixo \$ _____				Reparos \$ _____		\$ _____
				Gas \$ _____				Outros \$ _____		\$ _____

**23**

Você, seu/sua esposo(a), ou alguém na sua residência recebe renda por tomar conta de crianças na sua casa?



Sim   
Não

Se sim, preencha as caixas abaixo sobre a pessoa que toma conta de crianças. Anexe documentação de despesas do negócio relacionado a cuidar de crianças

DCIN

Sobrenome		Nome		Inicial do nome do meio		Valor total recebido por semana \$ _____		Número de semanas trabalhadas		Horas trabalhadas por semana	
Esta renda será recebida nos próximos meses? Sim [ ] Não [ ]										Número de crianças sendo cuidadas	

**24**

Você, seu/sua esposo(a), ou alguém na sua residência recebe pagamento de hóspedes ou pensionistas?



Sim   
Não

Se sim, preencha as caixas abaixo. Anexe documentação se desejar reivindicar despesas reais..

RBIN

Nome da pessoa recebendo pagamento			Número de horas trabalhadas por semana				
Sobrenome		Nome		Inicial do nome do meio			
Esta renda será recebida nos próximos meses? Sim [ ] Não [ ]							
Nomes de hóspedes/pensionistas		Valor recebido/Frequência		Inclui		Recebido em	
		\$ _____ por _____		Somente quarto Pensão (1 ou 2 refeições) Pensão (3 refeições)		[ ] [ ] [ ]	
		\$ _____ por _____		Somente quarto Pensão (1 ou 2 refeições) Pensão (3 refeições)		[ ] [ ] [ ]	
		\$ _____ por _____		Somente quarto Pensão (1 ou 2 refeições) Pensão (3 refeições)		[ ] [ ] [ ]	

25

Você, seu/sua esposo(a), ou alguém na sua residência recebe renda de autoemprego?

Sim   
Não



EXEMPLOS

Agricultura

Pesca

Creche fora de casa

Vendas de porta em porta  
reuniones en casas

Vendas a domicilio

Se sim, preencha as caixas abaixo sobre cada pessoa.					BUSI	
Sobrenome	Nome	Inicial do nome do meio	Renda bruta/Frequência \$ _____ por _____	Despesas \$ _____	Número de horas trabalhadas por semana	
Tipo de negócio		Nome do negócio		Esta renda será recebida nos próximos meses? Sim [ ] Não [ ]		

Preencha as seguintes informações sobre os dias e horas trabalhadas em um negócio autônomo (apenas creche)



Dia	Horário de início	Horário de fim
Segunda-feira		
Terça-feira		
Quarta-feira		
Quinta-feira		
Sexta-feira		
Sábado		
Domingo		

Se o seu cronograma variar, explique como (você pode enviar documentação adicional para verificação).



Sobrenome	Nome	Inicial do nome do meio	Renda bruta/Frequência \$ _____ por _____	Despesas \$ _____	Número de horas trabalhadas por semana	
Tipo de negócio		Nome do negócio		Esta renda será recebida nos próximos meses? Sim [ ] Não [ ]		

Preencha as seguintes informações sobre os dias e horas trabalhadas em um negócio autônomo (apenas creche)



Dia	Horário de início	Horário de fim
Segunda-feira		
Terça-feira		
Quarta-feira		
Quinta-feira		
Sexta-feira		
Sábado		
Domingo		

Se o seu cronograma variar, explique como (você pode enviar documentação adicional para verificação).

**26** Você tem menos de 20 anos de idade e não tem o diploma do ensino médio (high school) ou GED? 

Sim   
Não

**27** Você, seu/sua esposo(a), ou alguém na sua residência recebe auxílio financeiro a estudantes, bolsa de estudos, empréstimo educacional ou benefícios educacionais VA?        

Sim   
Não

Se sim, preencha as caixas abaixo usando linhas separadas sobre cada fonte.

STIN

Sobrenome	Nome	Inicial do nome do meio	Valor recebido \$ _____	Período coberto pelo auxílio/empréstimo De _____ a _____	Recebeu em: _____/_____/_____
Tipo de auxílio/empréstimo		Data do último pagamento _____/_____/_____	Esta renda será recebida nos próximos meses? Sim [ ] Não [ ]		

**28** Você, seu/sua esposo(a), ou alguém na sua residência recebe ou espera receber renda tais como?        

Sim   
Não

**EXEMPLOS:**

Subsídio de adoção	Presentes, prêmios, herança, loteria	Aposentadoria de ferroviários	Compensação por desemprego
Patrocínio de estrangeiro	Abrigo em espécie	Pensões de aposentadoria	Auxílio e atendimento VA
Anuidades	Outros em espécie	Pagamento de utilidades públicas da Seção 8	Benefícios básicos VA
Pensão alimentícia	Restituição do imposto de renda	Previdência social (RSDI)	Compensação VA
Suporte a menor	Reivindicação de seguro e processo	SSI	Pensão bonificada VA
Dividendos, juros	Benefícios de greves	Acidente de trabalho	Distribuições do IRA
Crédito de imposto sobre rendimento de trabalho	Proventos militares	TDI	Nota promissória
Acolhimento infantil	Assistência fora do âmbito estadual	Fundos de trustee	

Se sim, preencha as caixas abaixo para cada tipo de renda que a pessoa recebe.

UNE A

Sobrenome	Nome	Inicial do nome do meio	Quantia/Frequência \$ _____ por _____	Data do recebimento da renda _____/_____/_____
Número da reivindicação (se aplicável)	Tipo de renda		Esta renda será recebida nos próximos meses? Sim [ ] Não [ ]	
Sobrenome	Nome	Inicial do nome do meio	Quantia/Frequência \$ _____ por _____	Data do recebimento da renda _____/_____/_____
Número da reivindicação (se aplicável)	Tipo de renda		Esta renda será recebida nos próximos meses? Sim [ ] Não [ ]	
Sobrenome	Nome	Inicial do nome do meio	Quantia/Frequência \$ _____ por _____	Data do recebimento da renda _____/_____/_____
Número da reivindicação (se aplicável)	Tipo de renda		Esta renda será recebida nos próximos meses? Sim [ ] Não [ ]	
Sobrenome	Nome	Inicial do nome do meio	Quantia/Frequência \$ _____ por _____	Data do recebimento da renda _____/_____/_____
Número da reivindicação (se aplicável)	Tipo de renda		Esta renda será recebida nos próximos meses? Sim [ ] Não [ ]	

Se alguém na residência espera renda no futuro, preencha a caixa para aquela pessoa.

Sobrenome	Nome	Inicial do nome do meio	Tipo de renda esperada	Data prevista para o recebimento da renda _____/_____/_____
-----------	------	-------------------------	------------------------	--

**28a** Após abril de 1977, você alguma vez recebeu um cheque do SSI na mesma época em que recebeu a previdência social, ou você recebeu o SSI exatamente um mês antes de começar a previdência social? 

Sim   
Não

Se sim, preencha a caixa abaixo..

Sobrenome	Nome	Inicial do nome do meio	Ano de recebimento
-----------	------	-------------------------	--------------------

\*(Se você reportar e fornecer comprovante de suas despesas listadas em 29 a 38, isto pode ajudá-lo a obter mais benefícios do SNAP. Caso não reporte uma despesa ou forneça comprovante, então, assumiremos que você não queira que esta despesa seja computada.)

**29** Você, seu/sua esposo(a), ou alguém na sua residência paga para alguém tomar conta de crianças, idosos ou adultos deficientes por causa de trabalho, treinamento, procura por trabalho ou escola? 

Sim   
Não

Se sim, preencha as caixas abaixo sobre cada pessoa que pagou por assistência diurna

D C E X

Nome da pessoa pagando pela assistência	A assistência diurna é necessária porque ele(a) está: Trabalhando [ ] Na escola/em treinamento [ ] Procurando trabalho [ ]		Este custo é subsidiado Sim [ ] Não [ ]	Se sim, valor do subsídio? \$ _____ por
Nome da pessoa a ser cuidada	Adulto/Criança Adulto [ ] Criança [ ]	Valor do pagamento ou co-pagamento do próprio bolso \$ _____ por	Este custo continuará? Sim [ ] Não [ ]	
Nome do provedor de creche/assistência a adultos		Endereço do provedor		

Nome da pessoa pagando pela assistência	A assistência diurna é necessária porque ele(a) está: Trabalhando [ ] Na escola/em treinamento [ ] Procurando trabalho [ ]		Este custo é subsidiado Sim [ ] Não [ ]	Se sim, valor do subsídio? \$ _____ por
Nome da pessoa a ser cuidada	Adulto/Criança Adulto [ ] Criança [ ]	Valor do pagamento ou co-pagamento do próprio bolso \$ _____ por	Este custo continuará? Sim [ ] Não [ ]	
Nome do provedor de creche/assistência a adultos		Endereço do provedor		

**30** Você, seu/sua esposo(a), ou alguém na sua residência paga suporte infantil, pensão alimentícia, ou reivindica como dependente no imposto quaisquer pessoas que não moram nesta residência? 

Sim   
Não

Se sim, preencha as caixas abaixo sobre cada pessoa que paga suporte infantil, pensão alimentícia, ou reivindica alguém como dependente do

S U P P

Sobrenome	Nome	Inicial do nome do meio	Quem é a pessoa reivindicando?	Tipo de reivindicação feita: Suporte infantil [ ] Pensão alimentícia [ ] Outro dependente no imposto [ ]	Quantia paga \$ _____ Frequência _____
Sobrenome	Nome	Inicial do nome do meio	Quem é a pessoa reivindicando?	Tipo de reivindicação feita: Suporte infantil [ ] Pensão alimentícia [ ] Outro dependente no imposto [ ]	Quantia paga \$ _____ Frequência _____

**31**

Você, seu/sua esposo(a), ou alguém na sua residência, ou alguém fora da residência, paga aluguel ou uma parte do aluguel para o apartamento, casa, casa móvel, ou abrigo onde você mora?   

Sim

Não

Se sim, preencha as caixas abaixo sobre cada pessoa que paga aluguel.

RENT

Sobrenome	Nome	Inicial do nome do meio	Valor total do aluguel/frequência \$ _____ por _____	Valor pago por você \$ _____	Incluído no aluguel Aquecimento [ ] Utilidades públicas [ ]
O aluguel é subsidiado? (Seção 8) Sim [ ] Não [ ]		Se sim, o valor do subsídio é \$ _____ por _____		Alguém divide o custo do aluguel? Sim [ ] Não [ ]	
Nome do locador			Endereço do locador		
Número de telefone do locador					

**32**

Você, seu/sua esposo(a), ou alguém na sua residência paga todo ou uma parte do pagamento de uma hipoteca, impostos imobiliários, seguro, ou outros custos da casa, condo ou casa móvel onde você mora?

Sim

Não

Se sim, preencha as caixas abaixo sobre cada pessoa que paga o custo de um proprietário de imóvel.

HOME

Sobrenome	Nome	Inicial do nome do meio del	Despesas do proprietário/Frequência	Titular da hipoteca e endereço
			Primeira hipoteca Principal \$ _____ por _____ Juros \$ _____ por _____ Inclui Impostos [ ] Seguro [ ]	Alguém divide o custo desta despesa? Sim [ ] Não [ ]
			Segunda hipoteca Principal \$ _____ por _____ Juros \$ _____ por _____ Inclui Impostos [ ] Seguro [ ]	Se sim, nomeie a pessoa dividindo a despesa
			Impostos \$ _____ por _____ (se não incluído na hipoteca)	Qual é o valor pago por esta pessoa? \$ _____
			Seguro \$ _____ por _____	
			Aluguel do lote \$ _____ por _____	
			Outro \$ _____ por _____	

**33**

Você obteve um LIHEAP (Programa de Assistência à Energia em Residências de Baixa Renda) no seu atual endereço nos últimos doze (12) meses

Sim

Não



**33a** Você, seu/sua esposo(a), ou alguém na sua residência paga todo ou uma parte do combustível ou utilidades públicas? 

Sim   
Não

Se sim, preencha as caixas abaixo sobre cada pessoa que paga o custo de utilidades públicas.

UTIL

Sobrenome	Nome	Inicial do nome do meio del	Utilidade	Valor pago/Frequência	Usado para aquecer/resfriar
			Óleo	\$ _____ por _____	Aquecer [ ] Resfriar [ ]
			Gás	\$ _____ por _____	Aquecer [ ] Resfriar [ ]
			Madeira ou Carvão	\$ _____ por _____	Aquecer [ ] Resfriar [ ]
			Eletricidade	\$ _____ por _____	Aquecer [ ] Resfriar [ ]
			Telefone	\$ _____ por _____	
			Água	\$ _____ por _____	
			Esgoto	\$ _____ por _____	
			Remoção de lixo	\$ _____ por _____	
			Outro	\$ _____ por _____	

Alguém divide os custos de aquecimento ou resfriamento na sua casa? Sim [ ] Não [ ]

Se sim, nome da(s) pessoa(s) que divide os custos de aquecimento ou resfriamento \_\_\_\_\_  
Qual é o valor dos custos de aquecimento/resfriamento que esta pessoa paga?

**34** Você, seu/sua esposo(a), ou alguém na sua residência paga por hospedagem e/ou pensão? 

Sim   
Não

Se sim, preencha as caixas abaixo sobre cada pessoa que paga hospedagem e/ou pensão

R B E X

Sobrenome	Nome	Inicial	Valor pago/Frequência \$ _____ por _____	O que a hospedagem/pensão cobre? Somente quarto [ ] Pensão (1 ou 2 refeições) [ ] Pensão (3 refeições) [ ]

**35** Alguém na residência tem sessenta (60) nos de idade ou mais, ou é deficiente, e incorre em despesas médicas não cobertas por seguro de saúde? 

Sim   
Não

EXEMPLOS: Prêmios de seguro de saúde      Aparelhos      Cuidados dentários      Medicamentos receitados  
Prêmios de Medicare      Óculos      Transporte para serviços ou tratamentos médicos

Se sim, preencha as caixas abaixo sobre cada pessoa que tenha despesas médicas.

F M E D

Sobrenome	Nome	Inicial	Tipo de despesa médica	Valor incorrido \$ _____ Frequência? _____	Quando você espera que isto termine?

**36** Você, seu/sua esposo(a), ou alguém na sua residência está coberto pelo Medicare?    

Sim   
Não

Se sim, preencha as caixas abaixo sobre cada pessoa.

M E D I

Sobrenome	Nome	Inicial	Número de reivindicação do Medicare		MPP	QDWI
Data do início da Parte A (mês/dia/ano)			Prêmio Parte A \$ _____	Quem paga esta despesa?	P A Y O R	
Data do início da Parte B (mês/dia/ano)			Prêmio Parte B \$ _____	Quem paga esta despesa?	PAYOR	BUY IN

**37** Há uma criança ou adulto solicitando Medicaid coberto por um seguro de saúde seguro para atendimento a longo prazo, programa de seguro dental ou HMO diferente de Medicare, Medicaid, RiteCare ou RItShare?    

Sim   
Não

EJEMPLOS: BlueCross/Blue Shield      United HealthCare of New England      Delta Dental  
BlueChip      Neighborhood Health Plan of RI      BCBS Dental

Se sim, preencha as caixas abaixo. INSU

Nome do titular da apólice Sobrenome      Nome      Inicial			Nome do seguro de Saúde e/ou Dental	Tipo de Cobertura	Família [ ] Individual [ ]	Se o prêmio é pago por você Valor/Frequência. \$ _____ por _____		
Número da apólice	Número do grupo		O seguro é provido pelo empregador? Sim [ ] Não [ ]	Se sim, nome do empregador provendo seguro:		Code	Type	Req
Liste abaixo a(s) pessoa(s) coberta(s) por esta apólice.								
Sobrenome	Nome	Individual	Relação	Número da apólice do indivíduo	Data do início	Data do fim		

Nome do titular da apólice Sobrenome      Nome      Inicial			Nome do seguro de Saúde e/ou Dental	Tipo de Cobertura	Família [ ] Individual [ ]	Se o prêmio é pago por você Valor/Frequência. \$ _____ por _____		
Número da apólice	Número do grupo		O seguro é provido pelo empregador? Sim [ ] Não [ ]	Se sim, nome do empregador provendo seguro:		Code	Type	Req
Liste abaixo a(s) pessoa(s) coberta(s) por esta apólice..								
Sobrenome	Nome	Individual	Relação	Número da apólice do indivíduo	Data do início	Data do fim		

Você, seu/sua esposo(a), ou alguém na sua residência teve alguma conta médica não paga?  

Sim   
Não  Sim   
Não

Se sim, você teve alguma cobertura médica quando as contas foram incorridas?

Se você teve contas médicas não pagas, preencha as caixas abaixo sobre cada pessoa que recebeu tratamento médico.. MEDX

Sobrenome	Nome	Inicial segundo nome	Data de serviço	A quem você deve?	Valor devido
					\$ _____
					\$ _____
					\$ _____

### SOMENTE PARA USO DE REQUERENTES/BENEFICIÁRIOS

Use esta página para acrescentar informações sobre as perguntas de 1 a 38. Certifique-se de incluir o número da pergunta.

Pergunta n° \_\_\_\_\_ Página n° \_\_\_\_\_

## DIREITOS E RESPONSABILIDADES

De Solicitantes/Beneficiários do Programa RI Works (RIW), Programa de Assistência à Nutrição Suplementar (SNAP), Medicaid, Programa de pagamento do prêmio do Medicare (MPP), Assistência Infantil, Programa de assistência ao público geral (GPA), Programa de pagamento suplementar estadual SSI de RI (SSP) e Katie Beckett

### DIREITOS

**Você tem o DIREITO** de solicitar e, se considerado elegível, de receber benefícios financeiros ou do Medicaid ou do Programa de Assistência à Nutrição Suplementar com base nas políticas e normas estabelecidas sob as leis estaduais.

**Você tem o DIREITO** de apelar e de receber uma audiência perante o Oficial de Audiências do Departamento, se estiver insatisfeito com qualquer decisão do Departamento, ou se o Departamento se atrasar em tomar a decisão. Se solicitar uma Audiência, o seu apelo será ouvido prontamente. Você pode ser representado por um advogado ou qualquer outra pessoa que selecionar para aparecer em seu nome. Se não estiver satisfeito com qualquer decisão do Departamento relativa à sua solicitação, você tem o direito de solicitar uma audiência. Você deve solicitar uma audiência dentro de noventa (90) dias da data em que receber uma notificação por escrito para benefícios do Programa de Assistência à Nutrição Suplementar, trinta (30) dias da data em que receber uma notificação por escrito para RIW, Assistência Infantil e Medicaid, e (10) dias da data em que receber uma notificação por escrito para GPA.

**Não-discriminação declaração:** De acordo com a Lei Federal dos direitos civis e as políticas e regulamentos dos direitos civis do Departamento de Agricultura dos EUA (USDA), o USDA, seus órgãos, escritórios e funcionários, e instituições que administrem ou participem dos programas do USDA são proibidos de discriminar com base em raça, cor, nacionalidade, sexo, crença religiosa, deficiências, idade, convicções políticas, ou represália ou retaliação por atividade prévia de direitos civis em qualquer programa ou atividade conduzida ou custeada pelo USDA. Pessoas com deficiências que requeiram meios alternativos de comunicação para informações sobre o programa (ex: Braille, caracteres grandes, gravação em áudio, Língua de Sinais Americana, etc.), devem entrar em contato com a Agência (estadual ou local) onde solicitaram os benefícios. Indivíduos que sejam surdos, tenham dificuldades auditivas ou de fala, podem entrar em contato com o USDA através do Serviço Federal de Retransmissão pelo telefone (800) 877-8339. Além disso, informações sobre o programa podem estar disponíveis em outros idiomas além do inglês. Para apresentar uma queixa contra discriminação do programa, preencha o Formulário de Queixa contra Discriminação do Programa do USDA, (AD-3027) encontrado online em: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), e em qualquer escritório do USDA, ou escreva uma carta endereçada ao USDA e, na carta, forneça todas as informações requisitadas no formulário. Para solicitar uma cópia do formulário de queixa, telefone para (866) 632-9992. Envie seu formulário preenchido ou sua carta para o USDA por: (1) correio: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; (2) fax: (202) 690-7442; ou (3) email: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov). Esta instituição provê oportunidades iguais para todos.

De acordo com o Título VI da Lei de Direitos Civis de 1964 (42 U.S.C. 2000d et seq.), Seção 504 da Lei de Reabilitação de 1973, conforme emendado (29 U.S.C. 794), Lei de Americanos com Deficiências de 1990 (42 U.S.C. 12101 et seq.), e Título IX de Emendas da Educação de 1972 (20 U.S.C. 1681 et seq.), a Lei de Alimentos e Nutrição de 2008, a Lei de Discriminação de Idade de 1975, o Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA implementando regulamentos (45 C.F.R. Partes 80 e 84) e o Departamento de Educação dos EUA implementando regulamentos (34 C.F.R. Partes 104 e 106), e o Departamento de Agricultura, Alimentos e Serviços de Nutrição dos EUA (7 C.F.R. 272.6); o Departamento de Serviços Humanos (DHS) não discrimina com base em raça, cor, nacionalidade, deficiências, religião, convicções políticas, idade, religião ou sexo em aceitação por ou provisão de serviços, emprego ou tratamento, em sua educação e outras atividades do programa. Sob outras provisões da lei aplicável, o DHS não discrimina com base em orientação, identidade de gênero ou expressão. Para mais informações sobre estas leis contra a discriminação, regulamentos e procedimentos de queixa para a resolução de queixas de discriminação, entre em contato com o DHS no endereço 57 Howard Avenue, Cranston, Rhode Island 02920, telefone número 462-2130 (para surdos/deficientes auditivos 462-6239 ou 711). O Agente de Ligação das Relações Comunitárias é o coordenador para a implementação do Título VI, o Administrador do Escritório de Serviços de Reabilitação (ORS) ou seu designado é o coordenador para a implementação do Título IX, Seção 504, e ADA. O Diretor do DHS ou seu designado tem responsabilidade global pelo cumprimento dos direitos civis por todos os programas do órgão.

**Você tem o DIREITO a sigilo. O Departamento utiliza as informações sobre você e outros membros da sua residência apenas objetivos diretamente relacionados à administração dos programas e em conformidade com as Normas de Privacidade para Informações de Saúde Identificáveis Individualmente do Ato de Portabilidade e de Responsabilidade dos Seguros de Saúde (HIPAA).**

O DHS tem o meu consentimento para usar ou divulgar informações de saúde protegidas para objetivos de tratamento, pagamento e operações de cuidados da saúde, de acordo com a notificação do DHS sobre as práticas de privacidade.

O Departamento não libera informações sobre você ou outros membros da sua residência sem o seu consentimento, exceto como nos termos das Leis Gerais de Rhode Island 40-6-12 e 40-6-12.1, e regulamentos estabelecidos nos Manuais das Políticas do DHS e do SNAP. Qualquer pessoa considerada culpada de violar as cláusulas das Leis Gerais de Rhode Island 40-6-12 deverá ser declarada culpada de uma contravenção. Os violadores estão sujeitos a uma multa máxima de duzentos dólares (\$200), ou prisão por até seis (6) meses, ou ambos.

**Você tem o DIREITO** de apresentar uma solicitação conjunta para mais de um programa ou apresentar uma solicitação separada para os benefícios do SNAP sem solicitar os benefícios de outros programas. Todas as solicitações do SNAP, independentemente de serem solicitações conjuntas ou solicitações separadas, precisam ser processadas para fins do SNAP de acordo com os requerimentos processuais, de pontualidade, de notificação e de julgamento justo do SNAP. Nenhum domicílio deverá ter seu SNAP negado somente com base na sua solicitação para participar em outro programa ter sido negada ou seus benefícios sob outro programa terem sido terminados sem uma determinação separada emitida pelo Departamento de que o domicílio não satisfaz uma exigência para elegibilidade ao SNAP. Domicílios que apresentarem uma solicitação conjunta para o SNAP e outro programa e tiverem benefícios negados para o outro programa não devem reapresentar a solicitação conjunta ou apresentar outra solicitação para o SNAP, mas devem ter sua elegibilidade ao SNAP determinada com base na solicitação conjunta de acordo com os prazos de processamento do SNAP a partir da data em que a solicitação conjunta tenha sido aceita pelo Departamento.

## RESPONSABILIDADES

**Você tem a RESPONSABILIDADE** de fornecer ao Departamento informações exatas sobre a sua renda, recursos e arranjos de moradia.

**Você tem a RESPONSABILIDADE** de nos informar imediatamente (dentro de dez (10) dias) quaisquer mudanças em sua renda, recursos, composição familiar ou quaisquer outras mudanças que afetem o seu domicílio. Para RIW Cash e CCAP, você deve nos informar imediatamente (dentro de cinco (5) dias) quando uma criança deixar o seu domicílio por qualquer motivo. Para o SNAP, se você é um relator simplificado, você deve relatar mudanças na renda que tragam a renda bruta do domicílio acima da Norma de Elegibilidade de Renda Bruta do SNAP aplicável para o tamanho do seu domicílio. Se você estiver inseguro sobre requisitos de relato, entre em contato com o funcionário do seu DHS.

**Você tem a RESPONSABILIDADE**, se estiver solicitando CCAP, de encontrar um provedor adequado para cuidados infantis para a(s) sua(s) criança(s) e fazer os arranjos apropriados para que a(s) sua(s) criança(s) frequente(m) tal provedor. O Departamento de Serviços Humanos pagará apenas por aquelas horas em que você estiver no trabalho ou envolvido em uma atividade de treinamento/educação aprovada pelo DHS, e o custo de qualquer local para cuidado infantil além daquelas horas é de sua inteira responsabilidade. Se considerado elegível, você pode ser responsável por uma parte do custo da assistência infantil (co-pagamento) e você é responsável por fazer tal pagamento diretamente ao provedor de assistência infantil. Caso não seja considerado elegível, você tem 30 dias da notificação por escrito para solicitar uma audiência por escrito para apelar sua inelegibilidade. Se a decisão da audiência não for a seu favor, o DHS não é responsável por nenhum custo de assistência infantil no qual você possa ter incorrido com o seu provedor de assistência infantil. Ao assinar este formulário, você está autorizando o Departamento de Serviços Humanos a informar ao(s) provedor(es) de assistência infantil após você ter sido notificado se a sua assistência infantil foi aprovada, descontinuada ou recusada.

**Você tem a RESPONSABILIDADE** de fornecer os números de Social Security (ou comprovante de que você o solicitou) para você e seu domicílio, ou solicitá-los, caso lhe seja requerido, como condição de elegibilidade. A coleta de informações na solicitação, assim como os números de Social Security de todos os membros do seu domicílio para quem você recebe assistência, está autorizada sob o Ato de Alimentos e Nutrição de 2008 (antigo Ato de Cupom de Alimentos), conforme emendado, 7 U.S.C. 2011-2036. Estas informações serão usadas para determinar se o seu domicílio é elegível ou continua a ser elegível para participar no SNAP, MA, RIW, GPA e/ou CCAP. O Departamento verificará estas informações através de comparação informática com o Departamento de Trabalho e Treinamento, a Administração da Previdência Social, o Departamento da Receita Federal, o Serviço de Alimentos e Nutrição, e outras entidades governamentais e não governamentais autorizadas por lei, regulamentos ou contrato, e elas estarão sujeitas à verificação pelos funcionários locais, estaduais e federais. As informações sobre renda e elegibilidade obtidas destes órgãos serão usadas para assegurar que o seu domicílio é elegível e está recebendo o valor correto de benefícios do SNAP, GPA, Assistência Infantil, RIW e/ou Medicaid. Estas informações também serão usadas para monitorar conformidade com os regulamentos do programa e para a gestão do programa. Estas informações podem ser divulgadas para outros órgãos estaduais e federais para revisão oficial, e para responsáveis pela segurança pública com o fim de apreender pessoas escapando para evitar a lei. Se uma reivindicação surgir contra o seu domicílio, as informações nesta solicitação, incluindo todos os SSNs, podem ser referidas a órgãos estaduais e federais, assim como agências particulares para cobranças para ações de cobrança.

Fornecer as informações solicitadas é voluntário. No entanto, não fornecer um SSN resultará na recusa dos benefícios a cada indivíduo que não fornecer um SSN. Quaisquer SSNs fornecidos serão usados e divulgados da mesma maneira que os SSNs de membros de domicílios elegíveis.

**Você tem a RESPONSABILIDADE** de relatar e fornecer provas de suas despesas mostradas nas questões 29 a 38 a fim de obter o valor máximo dos benefícios do SNAP permitido. Não relatar ou fornecer comprovação de suas despesas será considerado como a sua declaração de que você não quer receber uma dedução da despesa não relatada ou não comprovada.

**Você tem a RESPONSABILIDADE** de cooperar totalmente com funcionários estaduais e federais conduzindo análises de controle de qualidade.

Somente cidadãos americanos e certos imigrantes legais podem ser elegíveis a benefícios do SNAP. Caso haja não cidadãos morando com você que não sejam elegíveis, você ainda pode aplicar e receber benefícios para outros membros elegíveis do domicílio. Não é requerido que você forneça informações de imigração sobre pessoas que não estejam solicitando benefícios, mas você pode precisar fornecer outras informações sobre aquelas pessoas, tais como rendas e recursos.

**RIW Restrições sobre o uso de EBT Cash Benefícios e Penalidades:** De acordo com a Seção 4004 da Lei Pública 112-96, é proibido para um beneficiário do TANF usar seus benefícios de assistência TANF cash recebidos sob RI Works, Leis Gerais de Rhode Island 40-5.2 et seq., em qualquer transação de transferência de benefício eletrônico (EBT) em:

- qualquer loja de bebidas alcoólicas; ou
- qualquer cassino, cassino de apostas, ou estabelecimento de jogos; ou
- qualquer estabelecimento de varejo que ofereça entretenimento orientado para adultos no qual os artistas se dispam ou atuem despidos para entretenimento.

Qualquer pessoa recebendo assistência em dinheiro através do Programa RI Works que use um cartão EBT em violação aos padrões acima estará sujeita às seguintes penalidades:

- Para a primeira violação, será enviado ao domicílio um aviso de que ocorreu uma transação proibida;
- Para a segunda violação, será cobrada do domicílio uma penalidade no valor da transação EBT que ocorreu no local proibido;
- Para a terceira e todas as subsequentes violações, será cobrada do domicílio uma penalidade no valor da transação EBT que ocorreu no local proibido E para o mês seguinte ao mês da infração, o valor da assistência em dinheiro ao qual de outra maneira uma família beneficiária elegível tem o direito de receber será reduzido pela porção do benefício da família atribuído a qualquer pai/mãe que utilizou o cartão EBT em um local restrito. Para uma família com tamanho de dois (2), a redução do benefício devido à não conformidade quanto ao uso do EBT em um local restrito será calculada utilizando uma família com tamanho de três (3), no qual a porção do(a) pai/mãe equivale a cento e cinco dólares (\$105).

**Disposições para substituição do Cartão EBT do RIW/SNAP:**

Os portadores de cartão que solicitarem quatro (4) ou mais substituições de cartões EBT dentro de um período de doze (12) meses podem ser referidos à Unidade de Fraude para investigação de mau uso ou abuso do cartão EBT. Violações documentadas podem resultar em uma ou mais das seguintes ações:

- Desqualificação do programa;
- Recuperação através de ressarcimento/restituição; e/ou
- Referência para ação penal

Em todos os casos, a agência agirá para proteger domicílios contendo desabrigados, idosos ou membros deficientes, vítimas de crimes e outras pessoas vulneráveis que podem perder cartões de transferência de benefícios eletrônicos mas não estão cometendo fraude.

**PROGRAMA RI WORKS, MEDICAID, ASSISTÊNCIA AO CUIDADO INFANTIL E ASSISTÊNCIA PÚBLICA GERAL.**

**DIREITOS DE RETENÇÃO E CESSÕES**

Entendo que, de acordo com a Lei Geral de Rhode Island, Seções 40-6-9, 40-6-10 ou 40-8-15, sem a necessidade de assinar qualquer documento:

**a.) Referente a suporte infantil e estabelecimento de paternidade**

Cedi todos e quaisquer direitos que eu possa ter e, por e em meu nome, e por e em nome do(s) meu(s) filho(s), ao Departamento de Serviços Humanos (DHS), contra qualquer pessoa que falhe em prover suporte, manutenção e assistência médica para mim e meu(s) filho(s) menor(es) para quem a assistência é paga pelo DHS. O DHS é autorizado a executar o ato de instituir processo para estabelecer paternidade e/ou coletar suporte para mim ou meu(s) filho(s) que recebe(m) ou recebeu/receberam assistência do DHS.

**b.) Referente a quantias recuperáveis de uma terceira parte**

Cedi todos e quaisquer direitos ao DHS por e em meu nome e de qualquer pessoa por quem eu possa agir legalmente, por quantias recuperáveis de uma terceira parte iguais à quantia de assistência financeira e Medicaid fornecidos como um resultado de acidente, lesão ou doença.

**c.) Referente a quantias recuperáveis de acidentes de trabalho**

O Departamento de Serviços Humanos pode colocar um direito de retenção sobre qualquer premiação, ordem ou acordo pendente, a que posso ter direito sob as provisões do Ato de Compensação dos Trabalhadores de Rhode Island, Capítulos 28-29 a 28-38 das Leis Gerais de Rhode Island. O objetivo deste direito de retenção é assegurar reembolso ao Departamento por ajuda financeira e pagamentos de Medicaid feitos a mim ou em meu nome por um período de tempo pelo qual meu prêmio, ordem ou acordo de acidente de trabalho seja feito.

**d.) Referente a direito de retenção sobre herança de beneficiário falecido para reembolso de Medicaid**

O DHS pode colocar um direito de retenção sobre uma herança de um beneficiário do Medicaid que tivesse cinquenta e cinco (55) anos de idade ou mais na época do falecimento. R.I.G.L. 40-8-15 provê que a soma total do Medicaid paga em nome de um beneficiário do Medicaid que tivesse cinquenta e cinco (55) anos de idade ou mais na época do recebimento de tal assistência será uma dívida ao estado e constituirá um direito de retenção sobre a herança do beneficiário em favor do DHS. No entanto, o direito de retenção não será efetivo e não se aplicará à herança de um beneficiário que deixar esposo(a), ou filho(a) com menos de vinte e um anos (21) de idade, ou que seja cego ou permanentemente e totalmente deficiente conforme definido no Título XVI (SSI) do Ato da Previdência Social.

Entendo que como uma condição de receber benefícios de RIW, todas as pessoas de quem eu esteja solicitando RIW, salvo se isento por lei, são obrigadas a atender aos requisitos do Programa RIW.

Entendo que esta solicitação servirá como uma autorização ao Departamento de Serviços Humanos para obter de provedores médicos informações que sejam pertinentes a mim ou a quaisquer pessoas incluídas nesta solicitação pelo tempo em que o caso permaneça aberto.

Entendo e concordo que o escritório do DHS pode entrar em contato com outras pessoas ou organizações para obter a necessária comprovação da minha elegibilidade e nível de benefícios.

**II. REPRESENTANTE AUTORIZADO**

**II. REPRESENTANTE AUTORIZADO**

**Você tem o DIREITO** de nomear um representante autorizado. Um representante autorizado é uma pessoa designada pelo chefe do domicílio ou o(a) esposo(a), ou qualquer outro membro responsável do domicílio, a agir em nome do domicílio para solicitar os benefícios do programa, ou usar os benefícios. O representante autorizado para benefícios pode ou não ser o mesmo indivíduo designado como um representante autorizado para o processo de solicitação ou para atender a requisitos de informações. A designação do representante autorizado precisa ser feita por escrito.

Você pode autorizar alguém fora da sua casa 1) para obter os seus benefícios do SNAP para você e/ou 2) para usá-los para comprar alimentos para você. Se você gostaria de autorizar este(s) representante (s), escreva o nome da pessoa abaixo.

\_\_\_\_\_  
Sobrenome                      Nome                      Inicial do meio

\_\_\_\_\_  
Endereço                      Cidade                      Zip

\_\_\_\_\_  
Numero de telefone

### III. ADVERTÊNCIAS DE PENALIDADE DO SNAP

Entendo que:

1. Qualquer membro do meu domicílio que intencionalmente quebre uma regra do SNAP será barrado do SNAP de um ano a permanentemente, multado até \$250.000, preso por até 20 anos ou ambos. Ele(a) também pode estar sujeito(a) a processo sob outras leis estaduais e federais aplicáveis. Ele(a) também pode ser barrado(a) do SNAP por 18 meses adicionais se ordenado pelo tribunal. Qualquer membro do meu domicílio que intencionalmente quebre uma regra do SNAP pode ser barrado do Programa de Assistência à Nutrição Suplementar:

- \*Por um período de um (1) ano para a primeira violação, com as exceções nos números 2. e 3. abaixo;
- \*Por um período de dois (2) anos após a segunda violação, com a exceção no número 3. abaixo; e,
- \*Permanentemente para a terceira ocasião de qualquer violação intencional do programa.

2. Indivíduos que um tribunal local, estadual ou federal julgue que tenham usado ou recebido benefícios do SNAP em uma transação envolvendo a venda de armas de fogo, munição ou explosivos, serão permanentemente inelegíveis ao Programa de Assistência à Nutrição Suplementar na primeira ocasião de tal violação.

3. Indivíduos que tenham feito uma declaração ou representação fraudulenta com respeito à identidade ou local de residência do indivíduo a fim de receber múltiplos benefícios do SNAP simultaneamente serão inelegíveis a participar no Programa de Assistência à Nutrição Suplementar por um período de dez (10) anos.

4. Indivíduos considerados culpados por um tribunal local, estadual ou federal por usar ou receber benefícios em uma transação envolvendo a venda de uma substância controlada (conforme definido na seção 102 do Ato de Substâncias Controladas (21 U.S.C. 802)) não serão elegíveis para os benefícios por dois anos para a primeira ofensa e permanentemente para a segunda ofensa.

5. Indivíduos considerados culpados por um tribunal por comprar ou vender drogas ilegais ou certas drogas sob receita em troca de benefícios do SNAP serão proibidos de participar no SNAP por 24 meses para a primeira ofensa e permanentemente para a segunda ofensa.

6. Um indivíduo condenado por um tribunal local, estadual ou federal por ter traficado benefícios por um valor agregado de \$500 ou mais será permanentemente inelegível a receber benefícios do SNAP na primeira ocasião de tal violação.

**NÃO** dê informações falsas ou esconda informações para obter ou continuar a obter benefícios do SNAP.

**NÃO** comercialize ou venda cartões EBT.

**NÃO** use benefícios do SNAP para comprar itens não elegíveis, tais como bebidas alcoólicas e tabaco.

**NÃO** use o cartão EBT de outra pessoa para o seu domicílio.

**NÃO** pague por alimentos comprados a crédito com benefícios do SNAP. Fazer isto poderia resultar na desqualificação do programa.

O DHS pode usar ou compartilhar as informações nesta solicitação para a administração de programas do DHS, assim como a administração de outros programas de assistência fundeados federalmente, de acordo com a regulamentação, contrato e leis estaduais e federais.

O DHS pode divulgar informações não identificadoras para fins de pesquisa. Qualquer divulgação de informações identificadoras será feita de acordo com a lei estadual e federal.

Entendo as perguntas nesta solicitação e a penalidade por omitir ou dar falsas informações ou quebrar qualquer uma das regras listadas nestas Advertências de Penalidade.

Certifico, sob pena de perjúrio, que as minhas respostas estão corretas, inclusive informações sobre status de cidadania e registro de estrangeiro, e completas, salvo melhor crença e juízo. Sei que, sob as Leis Gerais do Estado de Rhode Island, Seção 40-6-15, uma multa máxima de \$1.000, ou prisão por até cinco (5) anos, ou ambas, podem ser impostas para uma pessoa que obtenha ou tente obter, ou ajude ou seja cúmplice de qualquer pessoa para obter assistência pública à qual ele(a) não tenha direito, ou que intencionalmente não reporte renda, recursos ou circunstâncias pessoais ou aumentos que excedam a quantia anteriormente reportada. Atesto quanto à identidade das crianças menores identificadas neste documento e que todas as informações contidas nesta solicitação são verdadeiras. Entendo que estou quebrando a lei se der informações erradas e posso ser punido sob a lei estadual, federal ou ambas.

Assinatura do requerente ou beneficiário	Data	Assinatura de representante autorizado	Data
Assinatura do(a) esposo(a) ou outro(a) pai/mãe da(s) criança(s)	Data	Assinatura da pessoa ajudando você a preencher este formulário	Data
Assinatura do guardião, progenitor com a guarda ou detentor de procuração	Data	Assinatura do representante da agência	Data





## **Notificação ao solicitante registrando-se para votar em Rhode Island**

O Conselho Estadual de eleições encoraja todos os seus cidadãos a se registrarem para votar. O seu voto lhe beneficiará e à sua família.

Neste pacote está incluído um formulário de registro de eleitor. Se você quiser se registrar para votar, preencha e assine o formulário e envie-o para o seu Conselho de Cabos Eleitorais local (diretório listado no verso do formulário).

Registre-se para votar

- Se você não estiver registrado para votar onde você mora atualmente, preencha o formulário em anexo.
- Solicitar o registro ou declinar registrar para votar não afetará o valor da assistência fornecida por esta agência.
- Se você quiser ajuda para preencher o formulário de solicitação de registro de eleitor, traga-o com você ao retornar os outros formulários preenchidos neste pacote, ou vá ao Conselho de Cabos Eleitorais local na cidade ou município onde você mora (diretório de cidades/municípios está no verso do formulário de registro de eleitor). A decisão de buscar ou aceitar ajuda é sua.
- Se você acreditar que alguém interferiu com o seu direito de se registrar ou declinar se registrar para votar, o seu direito à privacidade na decisão quanto a se registrar ou solicitar o registro para votar, ou o seu direito de escolher o seu próprio partido político ou outra preferência política, você pode apresentar uma reclamação junto ao Coordenador de Registro de Eleitores em Voter Registration Coordinator, 50 Branch Avenue, Providence, RI 02904 ou (401)222-2345.



# RHODE ISLAND FORMULÁRIO PARA REGISTRO DE ELEITORES

Escreva claramente em letras de forma a caneta. Todas as informações são necessárias, exceto quando marcadas como opcionais.

## VOÇÊ PODE USAR ESTE FORMULÁRIO PARA:

- Registrar para votar em Rhode Island.
- Mudar seu nome e/ou endereço no seu registro.
- Escolher um partido político ou mudar de partido.

## PARA SE REGISTRAR PARA VOTAR EM RI VOCÊ PRECISA:

- Ser um residente legal de Rhode Island.
- Ser cidadão americano.
- Ter, no mínimo, 16 anos de idade.

(Você precisa ter, no mínimo 18 anos de idade para votar no dia das eleições)

### INSTRUÇÕES

**Caixa 2: OBRIGATÓRIO.** Os cidadãos de Rhode Island que tiverem, no mínimo, 16 anos de idade podem se pré-registrar para votar usando este formulário. Se você não marcar uma destas caixas, este formulário lhe será devolvido. Se você marcou NÃO em alguma destas afirmações, não preencha este formulário.

**Caixa 3:** Se você estiver se registrando para votar pela primeira vez em Rhode Island pelo correio ou se outra pessoa entregar este formulário por você, é **OBRIGATÓRIO** que você forneça o número da sua carteira de motorista ou número de identidade estadual emitidos pelo Departamento de Veículos Motores (DMV) de RI. Caso não tenha nenhum dos dois, você deve fornecer os 4 últimos dígitos do seu Social Security Number. Se não puder fornecer as informações acima ou caso elas não possam ser verificadas, será necessário que você apresente identificação para uma autoridade eleitoral antes de votar. As formas de identificação aceitáveis estão no site do Conselho Eleitoral em <http://www.elections.ri.gov> ou entre em contato com o seu Conselho de Cabos Eleitorais local (veja o verso deste formulário).

**Caixa 5:** Uma pessoa pode ter apenas uma residência legal. Você precisa se registrar da sua residência legal. Uma Caixa Postal ou rota rural pode ser usada apenas como "Endereço para correspondência" na Caixa 6.

**Caixa 9:** Caso queira se filiar para votar, escolha um partido. Se deixar a Caixa 9 em branco, você será listado como não filiado.

**Caixa 10:** Você deve ASSINAR e DATAR o formulário de registro. Se você não assinar e datar o formulário, ele lhe será devolvido.

**Caixa 11:** Se você estiver atualizando o seu registro de eleitor porque mudou seu nome legalmente, informe o seu nome legal anterior.

**Caixa 12:** Se você estiver atualizando o seu registro de eleitor por mudança de endereço, informe o seu endereço anterior, **mesmo que seja de outro estado.**

Você receberá uma confirmação de recebimento deste formulário de registro de eleitores dentro de 3 semanas. Caso não a receba, entre em contato com o seu Conselho de Cabos Eleitorais local (veja o verso deste documento para visualizar a lista). Para perguntas e prazos relacionados a este formulário, visite o site do Conselho Eleitoral em <http://www.elections.ri.gov> ou entre em contato com o seu Conselho de Cabos Eleitorais local (veja o verso deste documento para visualizar a lista).

(Este formulário pode ser reproduzido)

<b>1. Marque as caixas que se aplicam:</b> <input type="checkbox"/> Registro de novo eleitor <input type="checkbox"/> Mudança de endereço <input type="checkbox"/> Troca de partido <input type="checkbox"/> Mudança de nome	
<b>2.</b> Sou cidadão americano e residente em Rhode Island. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Tenho, no mínimo, 16 anos de idade. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Você precisa ter, no mínimo, 18 anos de idade para votar.)  <b>Se você marcou NÃO em algumas destas afirmações, não preencha este formulário.</b>	<b>3.</b> Número da carteira de motorista ou ID de RI: <input style="width: 100%;" type="text"/>  Caso não tenha uma carteira de motorista ou ID de RI, informe os 4 últimos dígitos do seu social security number: <input style="width: 100%;" type="text"/> <b>Se não informar nenhum destes números, veja as instruções para Caixa 3.</b>

4. Sobrenome	Sufixo (se houver)	Nome	Nome do meio (ou inicial)
--------------	--------------------	------	---------------------------

5. Endereço residencial (não informe caixa postal)	Apt	Cidade/Município	Estado	ZIP Code
<b>RI</b>				

6. Endereço para correspondência (se diferente da Caixa 5)	Apt	Cidade/Município	Estado	ZIP Code
--	-----	------------------	--------	----------

7. Data de nascimento (mm/dd/aaaa)	8. Número de telefone / endereço de e-mail (opcional)	9. Filiação partidária: <input type="checkbox"/> Democrata <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Republicano <input type="checkbox"/> Não filiado <input type="checkbox"/> Outro _____
Mês      Dia      Ano		

<b>10. Presto juramento ou afirmo que:</b> - Não estou encarcerado em um instituto correccional por condenação por crime doloso. - Não sou presentemente considerado "mentalmente incompetente" para votar por um tribunal. - As informações que forneci são verdadeiras salvo melhor juízo, sob pena de perjúrio. Se tiver fornecido falsas informações, posso ser multado, encarcerado, ou (caso não seja cidadão americano) deportado ou banido de entrar nos Estados Unidos.	<i>Uso oficial para código de barras</i>
---	--

### ASSINE O NOME COMPLETO OU MARQUE ABAIXO

Data da assinatura: _____ (mm/dd/aaaa)	<b>Você está interessado em trabalhar nas apurações?</b> <input type="checkbox"/>
--	--

**Aviso: se você assinar este formulário sabendo que ele é falso, você pode ser condenado e multado em até \$5.000 ou preso por até 10 anos.**

11. NOME ANTERIOR (se diferente da Caixa 4)	12. ENDEREÇO ANTERIOR DE REGISTRO (Cidade/Município, Estado, ZIP e Condado)
---	---

Endereço de retorno



Postagem necessária Os correios não entregarão sem a devida postagem.

Enviar para: **BOARD OF CANVASSERS**

\*\*\*\*\*DOBRE AQUI E COLE NO TOPO\*\*\*\*\*

**INSTRUÇÕES PARA ENVIAR PELO CORREIO O FORMULÁRIO DE REGISTRO DE ELEITOR**

Um requerente que prefira enviar pelo correio seu formulário de registro de eleitor deve fazê-lo da seguinte maneira:

1. Dobre o formulário na linha pontilhada e cole a parte inferior ao topo do formulário.
2. A partir da lista abaixo, localize o endereço do conselho de cabos eleitorais na cidade ou município no qual você está se registrando para votar e escreva aquele endereço no espaço apropriado sob "**Mail To: BOARD OF CANVASSERS**" (Enviar ao CONSELHO DE CABOS ELEITORAIS) no lado endereçado do formulário de registro de eleitor. Escreva o seu endereço de retorno no espaço devido.

**AVISO:** É contra a lei que qualquer pessoa interfira com a sua privacidade ao registrar para votar ou escolher um partido político. Se você acredita que alguém tenha interferido com o seu direito ou não de se registrar, ou com a sua privacidade ao tomar esta decisão, ou ao escolher um partido político, você pode apresentar uma queixa junto ao State Board of Elections, 50 Branch Avenue, Providence, Rhode Island 02904.

**CONSELHOS DE CABOS ELEITORAIS LOCAIS**

Barrington Town Hall, 283 County Rd., Barrington, RI 02806	Exeter Town Hall, 675 Ten Rod Rd., Exeter, RI 02822	New Shoreham Town Hall, PO Drawer, 220 Block Island, RI 02807	Smithfield Town Hall, 64 Farnum Pike, Smithfield, RI 02917
Bristol Town Hall, 10 Court St., Bristol, RI 02809	Foster Town Hall, 181 Howard Hill Rd., Foster, RI 02825	Newport City Hall, 43 Broadway, Newport, RI 02840	S. Kingstown Town Hall, 180 High St., Wakefield, RI 02879
Burrillville Town Hall, 105 Harrisville Main St., Harrisville, RI 02830	Glocester Town Hall, 1145 Putnam Pike PO Drawer B, Glocester, RI 02814	N. Kingstown Town Hall, 80 Boston Neck Rd., North Kingstown, RI 02852	Tiverton Town Hall, 343 Highland Rd., Tiverton, RI 02878
Central Falls City Hall, 580 Broad St., Central Falls, RI 02863	Hopkinton Town Hall, 1 Town House Rd., Hopkinton, RI 02833	North Providence Town Hall, 2000 Smith St., North Providence, RI 02911	Warren Town Hall, 514 Main St., Warren, RI 02885
Charlestown Town Hall, 4540 S. County Trail, Charlestown, RI 02813	Jamestown Town Hall, 93 Narragansett Ave., Jamestown, RI 02835	North Smithfield Municipal Annex, 575 Smithfield Rd., North Smithfield, RI 02896	Warwick City Hall, 3275 Post Rd., Warwick, RI 02886
Coventry Town Hall, 1670 Flat River Rd., Coventry, RI 02816	Johnston Town Hall, 1385 Hartford Ave., Johnston, RI 02919	Pawtucket City Hall, 137 Roosevelt Ave., Pawtucket, RI 02860	W. Greenwich Town Hall, 280 Victory Highway, W. Greenwich, RI 02817
Cranston City Hall, 869 Park Ave., Cranston, RI 02910	Lincoln Town Hall, 100 Old River Rd., PO Box 100, Lincoln, RI 02865	Portsmouth Town Hall, 2200 East Main Rd., Portsmouth, RI 02871	West Warwick Town Hall, 1170 Main St., West Warwick, RI 02893
Cumberland Town Hall, 45 Broad St., Cumberland, RI 02864	Little Compton Town Hall, PO Box 226, Little Compton, RI 02837	Providence City Hall, 25 Dorrance St., Providence, RI 02903	Westerly Town Hall, 45 Broad St., Westerly, RI 02891
East Greenwich Town Hall, PO Box 111, East Greenwich, RI 02818 East Providence City Hall, 145 Taunton Ave., East Providence, RI 02914	Middletown Town Hall, 350 East Main Rd., Middletown, RI 02842	Richmond Town Hall, 5 Richmond Townhouse Rd., Wyoming, RI 02898	Woonsocket City Hall, P.O. Box B, 169 Main St., Woonsocket, RI 02895
	Narragansett Town Hall, 25 Fifth Ave., Narragansett, RI 02882	Scituate Town Hall, PO Box 328, North Scituate, RI 02857	

**Perguntas sobre o registro de eleitores podem ser endereçadas para:** Rhode Island Board of Elections  
50 Branch Avenue  
Providence, RI 02904  
elections@elections.ri.gov