

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 o formulário 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 precisem 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
- 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.eohhs.ri.gov sob “Consumidor/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.



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 concluírem 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 permanecer 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/RtE 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, 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.



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 de prêmio do Medicare (MPP) é baseado na 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 complementar 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 de saúde/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 abaixo da pergunta. 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 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 fornecer 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 caixas 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 nas caixas fornecidas. 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 nas caixas fornecidas. 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 nas caixas fornecidas. 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 nas caixas fornecidas. 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 quer que esta despesa seja computada. Você pode solicitar assistência para obter a documentação das deduções e/ou despesas do seu 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, você pode deixá-la em branco ou entrar em contato com o DHS 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 encerramento 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)

Você pode apresentar a sua solicitação imediatamente, contanto que tenhamos seu nome, endereço e a assinatura de um responsável membro do domicílio ou seu representante autorizado nesta solicitação. Se você for considerado elegível, 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 as medidas quanto à sua solicitação dentro de 30 (trinta) dias da data de apresentação, a menos que você tenha direito a um serviço expresso. Para determinar se você é ou não elegível, é preciso que você seja entrevistado. A data de apresentação da solicitação para a pré liberação de requerentes é a data da liberação da instituição.

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 10 (dez) dias da solicitação por escrito.

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

Caso esteja solicitando RIW GPA, CCAP ou SSP e seja considerado 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 3 (três) 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:

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

Quero solicitar

-  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)

Dirección de correspondência _____
(si es diferente a la de residencia) Rua/Rota Apt./Andar Caixa Postal Cidade/Município Estado Zip(CEP)

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 _____

PARA REQUERENTES DO SNAP: 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 o valor total da renda de qualquer fonte (incluindo renda não salarial, tal como pensão alimentícia, SSI, TDI, auxílio desemprego ou SSDI, etc.) que você espera que o seu domicílio receba este mês? \$ _____
- c. Qual é o pagamento atual do seu aluguel/hipoteca por mês? \$ _____ Serviços públicos? \$ _____
- d. Alguém em seu domicílio é migrante ou trabalhador agrícola sazonal? SIM NÃO

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

Assinatura do requerente ou beneficiário _____ Data _____ Assinatura do requerente ou beneficiário _____ 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, e pode trazê-la ou enviá-la pelo correio ou por fax para o escritório do DHS.**

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 esposa(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.</u> (Necessário apenas se membro estiver solicitando benefícios. Caso esteja solicitando apenas assistência infantil, isto é necessário para a(s) criança(s))	<u>Cidadão americano?</u> Responda Sim ou Não (Necessário apenas se membro estiver solicitando benefícios. Caso esteja solicitando apenas assistência infantil, isto é necessário para a(s) criança(s))

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 3 (três) meses? Sim Não Se sim, data: _____

Se sim, qual foi a sua razão para se mudar para cá? (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

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)

RETIRADA DA SOLICITAÇÃO	*** PARA USO EXCLUSIVO DA AGÊNCIA ***
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 _____

Agency Representative's Name:	Date Screened	Intake/Interview Date
Program(s):	Case ID	

Nome: _____ Inicial do nome do meio _____ Sobrenome: _____

1a



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

- a) trocar os benefícios do SNAP por drogas após 22 de setembro de 1996? SIM NÃO
- b) comprar ou vender benefícios do SNAP acima de US\$500 após 22 de setembro de 1996? SIM NÃO
- c) fraudulentamente receber benefícios duplicados do SNAP em qualquer estado após 22 de setembro de 1996? SIM NÃO
- d) 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 acusado 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) (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? _____

***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 a benefícios. Você pode selecionar mais de uma categoria sob "raça"

DHS-2
Rev.: 01-16
Portuguese

MEMB

MEMBROS

	Nº do Social Security <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>	Sexo	Estado civil <i>(marque um)</i>	Cidadão americano? <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>	Esta pessoa é hispânica ou latina?*	Raça* <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"/> Não hispânico <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Índio americano ou nativo do Alasca <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro ou afro-americano <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"/> Não hispânico <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Índio americano ou nativo do Alasca <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro ou afro-americano <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"/>	Hispânico <input type="checkbox"/> Não hispânico <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Índio americano ou nativo do Alasca <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro ou afro-americano <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"/> 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"/> Não hispânico <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Índio americano ou nativo do Alasca <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro ou afro-americano <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"/> Não hispânico <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Índio americano ou nativo do Alasca <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro ou afro-americano <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"/>	Hispânico <input type="checkbox"/> Não hispânico <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Índio americano ou nativo do Alasca <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro ou afro-americano <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"/> Não hispânico <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Índio americano ou nativo do Alasca <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro ou afro-americano <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"/> Não hispânico <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Índio americano ou nativo do Alasca <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro ou afro-americano <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"/> Não hispânico <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Índio americano ou nativo do Alasca <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro ou afro-americano <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	Data de entrada _____	_____	Data de status no USCIS _____	_____
	<input type="checkbox"/> Residente permanente	Data de entrada _____	_____	Data de residência permanente _____	_____
	<input type="checkbox"/> Outro	Data de entrada _____	_____	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	Data de entrada _____	_____	Data de status no USCIS _____	_____
	<input type="checkbox"/> Residente permanente	Data de entrada _____	_____	Data de residência permanente _____	_____
	<input type="checkbox"/> Outro	Data de entrada _____	_____	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

Abrigo para os sem-teto Centro de tratamento de droga Hospital Instalações de residência assistida
Comunidade Centro de tratamento de álcool Abrigo 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
Sobrenome	Nome	Inicial do nome do meio	Nome das instalações	Tipo

5 Você ou alguém na sua residência que tenha 16 (dezesesseis) anos de idade ou mais está no High S (ensino médio), faculdade, escola profissionalizante ou programa de treinamento vocacional?    Sim
Não

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

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	Type	Status	Ver	Count RIW	Count SNAP	MA	GP A
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	Type	Status	Ver	Count RIW	Count SNAP	MA	GP A

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

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

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 EATS

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 junto ao Departamento de Serviços de Reabilitação Serviços 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 []	Fator	Revisão
			Sim [] Não []	Ver	Cego
			Sim [] Não []		
Sobrenome	Nome	Inicial do nome do meio	Problema médico (descreva)	Causado por um acidente? Sim [] Não []	
Esta pessoa está ativa junto ao Departamento de Serviços de Reabilitação Serviços 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 []	Fator	Revisão
			Sim [] Não []	Ver	Cego
			Sim [] Não []		

10 Há crianças na residência cujos pais sejam falecidos?  

Sim
Não

Se sim, preencha as caixas abaixo sobre cada pessoa.

DECP

Nome do pai (mãe) falecido	Nº do Social Security	Sexo	Data de nascimento	Data do óbito	Ver
Sobrenome Nome Inicial do nome do meio	___/___/___	Masculino [] Feminino []	___/___/___	___/___/___	
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. ABSP

Sobrenome do pai (mãe) sem custódia		Nome		Inicial		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? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			Os pais da(s) criança(s) estão atualmente casados um com o outro? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			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"/>					
Se sim, data do casamento. ____/____/____			Se não, data do divórcio. ____/____/____								
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				Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Suporte <input type="checkbox"/> Data _____ Cobertura médica <input type="checkbox"/> Data _____ Paternidade <input type="checkbox"/> Data _____	
1.								Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Suporte <input type="checkbox"/> Data _____ Cobertura médica <input type="checkbox"/> Data _____ Paternidade <input type="checkbox"/> Data _____	
2.								Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Suporte <input type="checkbox"/> Data _____ Cobertura médica <input type="checkbox"/> Data _____ Paternidade <input type="checkbox"/> Data _____	
3.								Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Suporte <input type="checkbox"/> Data _____ Cobertura médica <input type="checkbox"/> Data _____ Paternidade <input type="checkbox"/> Data _____	
4.								Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Suporte <input type="checkbox"/> Data _____ Cobertura médica <input type="checkbox"/> Data _____ Paternidade <input type="checkbox"/> Data _____	

Solicitamos informações sobre o pai (mãe) sem custódia para que lhe 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 a um advogado especialista em causas de 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.

Sobrenome do pai (mãe) sem custódia		Nome		Inicial		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"/>			Os pais da(s) criança(s) estão atualmente casados um com o outro? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			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"/>					
Se sim, data do casamento. ____/____/____			Se não, data do divórcio. ____/____/____								
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				Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Suporte <input type="checkbox"/> Data _____ Cobertura médica <input type="checkbox"/> Data _____ Paternidade <input type="checkbox"/> Data _____	
1.								Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Suporte <input type="checkbox"/> Data _____ Cobertura médica <input type="checkbox"/> Data _____ Paternidade <input type="checkbox"/> Data _____	
2.								Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Suporte <input type="checkbox"/> Data _____ Cobertura médica <input type="checkbox"/> Data _____ Paternidade <input type="checkbox"/> Data _____	
3.								Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Suporte <input type="checkbox"/> Data _____ Cobertura médica <input type="checkbox"/> Data _____ Paternidade <input type="checkbox"/> Data _____	
4.								Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Suporte <input type="checkbox"/> Data _____ Cobertura médica <input type="checkbox"/> Data _____ Paternidade <input type="checkbox"/> Data _____	

Solicitamos informações sobre o pai (mãe) sem custódia para que lhe 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 a um advogado especialista em causas de 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.

Pergunta 11 (continuação)

Sobrenome do pai (mãe) sem custódia		Nome		Inicial		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							
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 lhe 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 a um advogado especialista em causas de 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		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							
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 lhe 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 a um advogado especialista em causas de 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. UNEM

Sobrenome	Nome	Inicial	Esta pessoa recebeu compensação por desemprego nos últimos 12 meses?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Recebido em: De ____ a ____	UC	Ver
Esta pessoa recusou uma oferta de trabalho ou programa de treinamento nos últimos 30 dias?						Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Allow
Esta pessoa se registrou com o Departamento de Trabalho e Treinamento (D.L.T.)?						Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Ver
Liste as horas e semanas trabalhadas nos últimos 30 dias abaixo.								
Semana de trabalho	Data	Nº de dias trabalhados	Horas trabalhadas	Nome do empregador	Endereço do empregador	Período de empleo	Valor ganho	
Semana um (1)						De ____ A ____		
Semana dois (2)						De ____ A ____		
Semana três (3)						De ____ A ____		
Semana quatro (4)						De ____ A ____		
Semana cinco (5)						De ____ A ____		

Sobrenome	Nome	Inicial	Esta pessoa recebeu compensação por desemprego nos últimos 12 meses?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Recebido em: De ____ a ____	UC	Ver
Esta pessoa recusou uma oferta de trabalho ou programa de treinamento nos últimos 30 dias?						Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Allow
Esta pessoa se registrou com o Departamento de Trabalho e Treinamento (D.L.T.)?						Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Ver
Liste as horas e semanas trabalhadas nos últimos 30 dias abaixo.								
Semana de trabalho	Data	Nº de dias trabalhados	Horas trabalhadas	Nome do empregador	Endereço do empregador	Período de empleo	Valor ganho	
Semana um (1)						De ____ A ____		
Semana dois (2)						De ____ A ____		
Semana três (3)						De ____ A ____		
Semana quatro (4)						De ____ A ____		
Semana cinco (5)						De ____ A ____		

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

Sim
Não

Se sim, preencha as caixas abaixo. QUIT/STRK

Sobrenome	Nome	Inicial	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	Quantia	Sobrenome	Nome	Inicial	Quantia
			\$ _____				\$ _____

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



EJEMPLOS:

- Conta corrente
- Conta em cooperativa de crédito
- Certificado de poupança
- IRA
- Fundos mútuos
- Conta de poupança
- Conta do mercado financeiro
- Certificado de depósito
- Anuidade
- Fundo fiduciário
- Reserva para despesas de enterro

Se sim, preencha as caixas abaixo para cada conta. **BANK**

Sobrenome	Nome	Inicial	Tipo da conta	Nº da conta	Valor
					\$ _____
Nome do coproprietário Endereço			Instituição financeira Endereço		
					\$ _____
Nome do coproprietário Endereço			Instituição financeira Endereço		
					\$ _____
Nome do coproprietário Endereço			Instituição financeira Endereço		
					\$ _____
Nome do coproprietário Endereço			Instituição financeira Endereço		
					\$ _____
Nome do coproprietário Endereço			Instituição financeira Endereço		

15a

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



Se sim, preencha as caixas abaixo.

Sobrenome	Nome	Inicial	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	Veículo	Marca	Modelo	Ano	Blue book value \$ _____
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	Veículo	Marca	Modelo	Ano	Blue book value \$ _____
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	Veículo	Marca	Modelo	Ano	Blue book value \$ _____
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.)
Obrigações Seguro de vida Hipotecas reversas

Contrato para despesas funerárias
Seguro assistencial de longo prazo

Se sim, preencha as caixas abaixo.

RESO

ACCIONES, BONOS Y OTROS TÍTULOS VALORES

Sobrenome	Nome	Inicial	Tipo de recurso
Sobrenome do coproprietário	Nome	Inicial	Endereço do coproprietário

Sobrenome	Nome	Inicial	Tipo de recurso
Sobrenome do coproprietário	Nome	Inicial	Endereço do coproprietário

Sobrenome	Nome	Inicial	Tipo de recurso
Sobrenome do coproprietário	Nome	Inicial	Endereço do coproprietário

AÇÕES, OBRIGAÇÕES, OUTROS

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

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

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

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

18 Você, seu/sua esposo(a), ou alguém na sua residência possui algum interesse em quais propriedades, tais como terras, prédios, direitos vitalícios sobre bem, timeshare? Sim
Não
(A menos que você esteja solicitando LTSS, não reporte a casa na qual você mora)



Se sim, preencha as caixas abaixo para cada pessoa.					PROP
A Sobrenome do proprietário	Nome	Inicial	Tipo de propriedade (descreva)	Valor de resgate em dinheiro \$ _____	Valor devido \$ _____
Qual é o sistema de posse desta propriedade? Exclusivo <input type="checkbox"/> Conjunto <input type="checkbox"/> Direito vitalício sobre o bem <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/>				Endereço da propriedade	
Esta propriedade é o seu lar? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> ; O lar do(a) seu/sua esposo(a) ? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> ; De seus dependentes? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>					

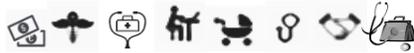
19 Você, seu/sua esposo(a), ou alguém na sua residência cedeu, vendeu, transferiu por escritura, transferiu para qualquer pessoa ou entidade, quaisquer itens de valor nos últimos 60 (sessenta) meses? Sim
Não



Caso esteja solicitando apenas benefícios do SNAP e não seja pedido para responder esta pergunta, reporte os itens de valor que foram transferidos nos últimos 3 (três) meses.

Se sim, preencha as caixas abaixo.					TRAN
Sobrenome	Nome	Inicial	Recurso transferido		
Valor transferido \$ _____	Data da transferência ____/____/____		O que você recebeu em troca?		
Sobrenome	Nome	Inicial	Recurso transferido		
Valor transferido \$ _____	Data da transferência ____/____/____		O que você recebeu em troca?		
Sobrenome	Nome	Inicial	Recurso transferido		
Valor transferido \$ _____	Data da transferência ____/____/____		O que você recebeu em troca?		

19a Você está nomeado como beneficiário (primário, secundário, etc.) de algum truste? Sim
Não



Se sim, você deve prover cópias do truste mesmo que não esteja atualmente recebendo pagamentos do truste.		
Valor do principal e data estabelecida \$ _____ Fecha ____/____/____	Valor dos pagamentos feitos a você \$ _____	Frequência de pagamentos feitos a você

19b Você, seu/sua esposo(a), ou alguém agindo em seu nome (inclusive um tribunal) estabeleceu um truste ou colocou algum dinheiro ou outro recurso em um truste nos últimos 60 (sessenta) meses? Sim
Não



Alguma propriedade resultou de um truste nos últimos 60 (sessenta) meses? Sim
Não



Se sim, você deve prover cópias do truste e descrever todas estas transações dentro e fora do truste.		
Estabelecido por	Estabelecido em ____/____/____	Valor \$ _____

20

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

Sim

Não



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

EXEMPLOS Salários/Vencimentos Comissões Guarda Nacional Rese Exército dos EUA rva do Exército
Trabalho/Estudo Treinamento no emprego Emprego protegido Fuerzas Armadas de EE. UU.

Se sim, preencha as caixas abaixo sobre cada pessoa. J I N C

Sobrenome	Nome	Inicial	Nome e endereço do empregador		
Data em que começou/comeará 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? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			Este emprego faz parte de um programa de estudo e trabalho? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Este é um programa de treinamento no emprego no trabalho? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			Esta renda será recebida no mês seguinte? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
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 do encerramento
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		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? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>					Este emprego faz parte de um programa de estudo e trabalho? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>				
Este é um programa de treinamento no emprego no trabalho? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>					Esta renda será recebida no mês seguinte? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>				
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 do encerramento
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		Nome e endereço do empregador					
Data em que começou/comeará 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? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>						Este emprego faz parte de um programa de estudo e trabalho? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>					
Este é um programa de treinamento no emprego no trabalho? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>						Esta renda será recebida no mês seguinte? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>					
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 do encerramento
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		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 aluguel?

Sim
Não



Se sim, preencha as caixas abaixo sobre a pessoa que recebe o aluguel. R I N C

Sobrenome		Nome		Inicial		Número total de unidades		
A pessoa listada acima mora aqui? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>				Horas trabalhadas por semana para manter a propriedade:				
Total do aluguel recebido \$ _____ Com que frequência? _____				Recibirá este ingreso los próximos meses? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>				
Despesa de aluguel		Quão frequente?	Despesa de aluguel		Quão frequente?	Despesa de aluguel		Quão frequente?
Hipoteca \$ _____		_____	Água \$ _____		_____	Eletr. \$ _____		_____
Impostos \$ _____		_____	Esgoto \$ _____		_____	Óleo \$ _____		_____
		_____	Lixo \$ _____		_____	Reparos \$ _____		_____
		_____	Gás \$ _____		_____	Outros \$ _____		_____

23 Você, seu/sua esposo(a), ou alguém na sua residência recebe renda por tomar conta de criança 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. D C I N

Sobrenome		Nome		Inicial		Valor total recebido por semana \$ _____		Número de semanas trabalhadas		Horas trabalhadas por semana	
Esta renda será recebida nos próximos meses? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>										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. R B I N

Nome da pessoa recebendo pagamento			Número de horas trabalhadas por semana			
Sobrenome		Nome		Inicial		renda será recebida nos próximos meses? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
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

Vendas a domicílio

Se sim, preencha as caixas abaixo sobre cada pessoa.

B U S I

Sobrenome	Nome	Inicial	Renda bruta/Frequência \$ _____ por _____	Despesas \$ _____	Número médio de horas trabalhadas por semana
Tipo de negócio		Nome do negócio		Esta renda será recebida nos próximos meses? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	

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

Dia	Horário de início	Horário de encerramento
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	Renda bruta/Frequência \$ _____ por _____	Despesas \$ _____	Número promedio de horas trabajadas por semana
Tipo de negócio		Nome do negócio		Esta renda será recebida nos próximos meses? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	

Complete la siguiente información sobre los días y las horas que trabaja en una empresa de su propiedad (solo si solicita la Asistencia para el cuidado de niños). 

Dia	Horário de início	Horário de encerramento
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. Traga verificação para todos os gastos com instrução e taxas. **STIN**

Sobrenome	Nome	Inicial	Valor recebido \$ _____	Período coberto pelo auxílio/empréstimo Desde _____ hasta _____	Recebeu em: ____/____/____
Tipo de auxílio/empréstimo		Data do último pagamento ____/____/____		Esta renda será recebida nos próximos meses? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	

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

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 utilidade públicas da Seção 8s	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	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	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	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	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 alguma renda no futuro, preencha a caixa abaixo para aquela pessoa.

Apell Sobrenome	Nome	Inicial	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	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, para 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 imposto.

S U P P

Sobrenome	Nome	Inicial	Quem é a pessoa reivindicando?	Tipo de reivindicação feita: Suporte infantil [] Pensão alimentícia []	Quantia paga \$ _____ Frequência _____
Sobrenome	Nome	Inicial	Quem é a pessoa reivindicando?	Tipo de reivindicação feita: Suporte infantil [] Pensão alimentícia []	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	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 []	
			Se sim Nome _____ Valor \$ _____		
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	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 [] Se sim, nome da pessoa:
			Segunda hipoteca Principal \$ ____ por ____ Juros \$ ____ por ____ Inclui Impostos [] Seguro []	Alguém divide o custo desta despesa? Sim [] Não [] Se sim, nome da pessoa:
			Impostos \$ ____ por ____ (se não incluído na hipoteca)	Alguém divide o custo desta despesa? Sim [] Não [] Se sim, nome da pessoa:
			Seguro \$ ____ por ____	Alguém divide o custo desta despesa? Sim [] Não [] Nome:
			Aluguel do lote \$ ____ por ____	Alguém divide o custo desta despesa? Sim [] Não [] Se sim, nome:
			Outro \$ ____ por ____	Alguém divide o custo desta despesa? Sim [] Não [] Se sim, nome:

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	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/u 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 60 (sessenta) anos 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 \$ _____	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

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

Si la respuesta es "sí", complete los siguientes recuadros. 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 do grupo		O seguro é provido pelo empregador? Sim [] Não []		Se sim, nome do empregador provendo seguro:	Code		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
					___/___/___	___/___/___
					___/___/___	___/___/___
					___/___/___	___/___/___
					___/___/___	___/___/___

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

Se sim, você tinha alguma cobertura médica quando as contas foram incorridas? Sim
Não

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

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

Leia os Direitos e Responsabilidades nas páginas 27 a 30 e assine na página 30.

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 nº _____ Página nº _____

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 90 (noventa) dias da data em que receber uma notificação por escrito para benefícios do Programa de Assistência à Nutrição Suplementar, 30 (trinta) dias da data em que receber uma notificação por escrito para RIW, Assistência Infantil e Medicaid, e 10 (dez) dias da data em que receber uma notificação por escrito para GPA.

Declaração de não discriminação: De acordo com a legislação dos direitos civis federais e políticas e direitos civis do Departamento de Agricultura dos EUA (USDA), o USDA, seus órgãos, escritórios, e funcionários e instituições que participam ou administram programas do USDA são proibidos de discriminação com base em raça, cor, nacionalidade, sexo, crença religiosa, deficiência, idade, crenças políticas, ou represália ou retaliação por atividade anterior de direitos civis em qualquer programa ou atividade conduzida ou financiada pelo USDA. As pessoas com deficiências que queiram meios de comunicação alternativos para informações sobre o programa (ex: Braille, caracteres grandes, fitas de áudio, Linguagem Americana de Sinais, etc.) devem entrar em contato com o órgão (estadual ou local) onde solicitaram os benefícios. Pessoas que sejam surdas, tenham deficiências auditivas ou deficiências da fala podem entrar em contato com o USDA através do Serviço Federal de Relay pelo telefone (800) 877-8339. Além disso, informações sobre o programa podem estar disponíveis em outros idiomas além de inglês. Para apresentar uma queixa de discriminação do programa, preencha o [Formulário de Queixa contra Discriminação do Programa do USDA](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), (AD-3027) encontrado online em http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, ou em qualquer escritório do USDA, ou envie uma carta endereçada ao USDA e, na carta, forneça todas as informações solicitadas no formulário. Para solicitar uma cópia do formulário de queixa, telefone para (866) 632-9992. Envie o seu formulário de queixa preenchido ou 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; fax: (202) 690-7442; ou (3) e-mail: program_intake@usda.gov. Esta instituição oferece igualdade de oportunidades.

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 os Serviços do Departamento de Agricultura, Alimentos e Nutrição dos EUA (7 C.F.R. 272.6); o Departamento de Serviços Humanos (DHS) não discrimina com base em raça, cor, nacionalidade, deficiência, religião, crenças políticas, idade, religião ou sexo em aceitação para ou provisão de serviços, emprego ou tratamento, em sua educação ou outras atividades do programa. Sob outras provisões da lei aplicável, o DHS não discrimina com base em orientação sexual, identidade de gênero ou expressão. Para obter mais informações sobre estas leis de não discriminação, regulamentações e procedimentos de queixa de discriminação, entre em contato com DHS em 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 em geral sobre a conformidade com os direitos civis do DHS.

Você tem o DIREITO a sigilo. O Departamento utiliza as informações sobre você e outros membros da sua residência apenas para 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 divulga informações sobre você ou outros membros da sua residência sem o seu consentimento, exceto conforme previsto 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 US\$200 (duzentos dólares), ou prisão por até 6 (seis) 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 deverão ser solicitados a 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 10 (dez) 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 5 (cinco) 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 da sua ineligibilidade. 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 cobrado 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 2 (dois), 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 3 (três), no qual a porção do(a) pai/mãe equivale a US\$105 (cento e cinco dólares).

Disposições para substituição do Cartão EBT do RIW/SNAP:

Os portadores de cartão que solicitarem 4 (quatro) ou mais substituições de cartões EBT dentro de um período de 12 (doze) 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 55 (cinquenta e cinco) 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 55 (cinquenta e cinco) 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 21 (vinte e um) anos 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

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:

Qualquer membro do meu domicílio que intencionalmente quebre uma regra do SNAP será barrado do SNAP de um ano a permanentemente, multado até US\$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 1 (um) ano para a primeira violação, com as exceções nos números 1. e 2. abaixo;
- *Por um período de 2 (dois) anos após a segunda violação, com a exceção no número 2. abaixo; e,
- *Permanentemente para a terceira ocasião de qualquer violação intencional do programa.

1. 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.
2. 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 10 (dez) anos.
3. 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.
4. 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.
5. Um indivíduo condenado por um tribunal local, estadual ou federal por ter traficado benefícios por um valor agregado de US\$500 ou mais será permanentemente inelegível a receber benefícios do SNAP na primeira ocasião de tal violação.

Traficar, conforme definido no 7 CFR 271.2, significa:

- 1) A compra, venda, roubo, ou de outra maneira efetuando uma troca de benefícios do SNAP emitidos e acessados através dos cartões de Transferência de Benefícios Eletrônicos (EBT), números de cartões e números de identificação pessoal (PINs), ou por voucher manual e assinatura, por dinheiro ou remuneração que não seja alimentos elegíveis, seja diretamente, indiretamente, em cumplicidade ou colusão com outros, ou agindo sozinho;
- 2) A troca de armas de fogo, munição, explosivos ou substâncias controladas por benefícios do SNAP;
- 3) Comprar um produto com benefícios do SNAP que tenha um recipiente que exija um depósito de retorno com a intenção de obter dinheiro descartando o produto e intencionalmente retornando o recipiente pelo valor do depósito;
- 4) Comprar um produto com benefícios do SNAP com a intenção de obter dinheiro ou remuneração que não seja alimentos elegíveis através da revenda do produto e, subseqüentemente, revendendo intencionalmente o produto comprado com benefícios do SNAP em troca de dinheiro ou remuneração que não seja alimentos elegíveis; ou
- 5) Intencionalmente comprar produtos originalmente comprados com benefícios do SNAP em troca de dinheiro ou remuneração que não seja alimentos elegíveis.
- 6) Tentar comprar, vender, roubar, ou de outra maneira afetar uma troca de benefícios do SNAP emitidos e acessados através dos cartões de Transferência de Benefícios Eletrônicos (EBT), números de cartões e números de identificação pessoal (PINs), ou por voucher manual e assinatura, por dinheiro ou remuneração que não seja alimentos elegíveis, seja diretamente, indiretamente, em cumplicidade ou colusão com outros, ou agindo sozinho.

NÃO minta ou esconda informações para obter ou continuar a obter benefícios do SNAP que o seu domicílio não deveria obter.

NÃO comercialize ou venda (ou tente comercializar ou vender) cartões EBT, ou use o cartão EBT de outra pessoa para o seu domicílio.

NÃO use benefícios do SNAP para comprar itens não alimentícios, tais como bebidas alcoólicas e cigarros, ou para pagar contas de crédito.

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 financiados 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 US\$1.000, ou prisão por até 5 (cinco) 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.

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 de baixo 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 02861	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	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
East Providence City Hall, 145 Taunton Ave., East Providence, RI 02914	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 02904E
 elections@elections.ri.gov