

# Departamento de Serviços Humanos de Rhode Island

## Candidatura para assistência (DHS-2)

### Instruções gerais para preencher esta candidatura

#### **Obter ajuda com esta candidatura**

Pode pedir ajuda para preencher este formulário. Pode pedir que o formulário e os avisos sejam traduzidos. Se tiver uma invalidez ou condição que dificulte a sua compreensão ou capacidade de resposta às perguntas nesta candidatura, nós podemos ajudar. Informe-nos falando com um representante DHS ou ligando para o Centro de chamadas DHS para o número 462-5300.

#### **Quem deve preencher a candidatura?**

Este documento deve ser preenchido por si ou por um membro adulto do seu agregado familiar, ou um familiar, amigo ou representante autorizado que conheça a situação financeira de todos os membros do agregado familiar.

#### **Responder às perguntas**

Se responder a todas as perguntas relativas à candidatura de assistência, podemos determinar se é elegível para TODOS os programas. As páginas de instruções 3 e 4 fornecem uma descrição de cada programa a que se pode candidatar utilizando esta candidatura. Irão aparecer pequenas caixas com os acrónimos/iniciais do programa junto a cada uma das perguntas na candidatura. Estas caixas com os acrónimos/iniciais dizem-lhe quais as perguntas a que tem de responder para cada programa. Por exemplo, caso se esteja a candidatar a assistência de cuidados infantis, responda às perguntas que têm **CCAP** junto a elas.

Caso se esteja a candidatar apenas a SNAP, apesar de o encorajarmos a preencher o máximo possível da candidatura, **iremos aceitar a sua candidatura se esta for enviada apenas com um nome, morada e assinatura.**

Cada pergunta é seguida por uma secção de caixas utilizadas para inserir a informação necessária. Responda a cada pergunta indicando se SIM ou NÃO com um sinal de visto na caixa junto à pergunta. **Se a resposta for SIM** forneça a informação pedida escrevendo no espaço disponível por baixo da pergunta. Tem de fornecer a informação pedida para CADA membro do agregado familiar. Se a pergunta não se aplicar a si ou a qualquer pessoa no seu agregado familiar, então a resposta é NÃO. Deixe a caixa em branco e avance para a pergunta seguinte.

#### **Garantir a sua data de candidatura**

A primeira página da sua candidatura pode ser destacada e enviada com a sua assinatura para o DHS a fim de estabelecer uma data de início e começar a sua candidatura. Precisa de preencher e enviar o resto da sua candidatura a fim de receber benefícios/coertura.

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

Vire para a página 25 se ficar sem espaço nos casos em que existem caixas para escrever a informação adicional. Indique numa das caixas qual a pergunta a que se está a referir indicando o seu número. Se necessário, também pode anexar folhas adicionais.

#### **Página de Direitos e Responsabilidades/Assinatura**

**Leia as páginas 27-31.** Estas páginas contêm informação importante sobre os seus Direitos e Responsabilidades. Todos os candidatos têm de assinar a página de candidatura 31 antes de enviar a candidatura. Se enviar apenas a primeira página para garantir a sua data de candidatura, tem de assinar a página 1 da candidatura e depois enviar o resto da candidatura com uma assinatura na página 31 da candidatura.

#### **Nomear um representante autorizado**

Se gostaria de nomear um representante autorizado para agir em nome do agregado familiar na candidatura aos benefícios de programa ou para a utilização dos benefícios, também o pode fazer na página de candidatura 2.

#### **Cartão de transferência eletrónica de benefício(EBT)**

A assistência monetária RIW e as prestações SNAP são emitidas através do processo de transferência eletrónica de benefício (EBT). Pode obter as suas prestações utilizando o seu cartão EBT. Irá receber mais informação sobre este processo a partir do seu escritório local.

## EXEMPLOS DE DOCUMENTOS QUE PODERÁ PRECISAR DE FORNECER NA SUA ENTREVISTA OU PARA ENVIAR PARA APROVAÇÃO DE BENEFÍCIO

**Nota:** O mesmo documento pode ser utilizado para verificar mais do que uma categoria, por exemplo, uma carta de condução pode verificar a identidade e a morada. Caso se esteja a candidatar para Medicaid, iremos verificar a sua informação com fontes de dados, tanto quanto possível.

### 1. Para verificar a sua identidade, idade/data de nascimento, cidadania e/ou estado de migração (*Todos os programas*)

- ✓ Carta de condução
- ✓ Identificação escolar ou de trabalho
- ✓ Documentos de imigração e naturalização (ex.: Green card)
- ✓ Registos hospitalares de nascimento
- ✓ Certidões de nascimento
- ✓ Passaporte dos EUA
- ✓ Qualquer outra documentação pedida para cidadania, estado de imigração ou idade, pode ser utilizada para verificação de identidade

### 2. Para verificar a sua residência em Rhode Island (*Todos os programas, exceto ACC, a menos que questionável*)

- ✓ Recibos de aluguer ou hipoteca que mostrem a morada
- ✓ Cartão da biblioteca que mostre morada
- ✓ Contrato de arrendamento ou carta do senhorio
- ✓ Correo recebido com a sua morada de casa (contas de serviços básicos, extratos bancários)
- ✓ Cartão de eleitor

### 3. Para verificar o seu rendimento (*TODOS os programas*)

- ✓ Recibos de vencimento (que mostre os últimos 30 dias de rendimento)
- ✓ Declaração da entidade patronal que mostre o rendimento antes dos impostos, horário de trabalho e o número de horas trabalhadas nas últimas quatro semanas (caso seja pago em dinheiro ou não tenha recibos de vencimento)
- ✓ Segurança Social, Rendimento de segurança suplementar ou carta de atribuição de benefícios de veterano
- ✓ Outras cartas de atribuição de benefício de invalidez ou reforma
- ✓ Prova de recebimento de benefícios de seguro de desemprego, benefícios de invalidez temporária (TDI), benefícios de administração de veterano (VA).
- ✓ Declaração fiscal de rendimentos anterior
- ✓ Prova de rendimento de emprego por conta própria (inclui rendimento de arrendamento e trabalho freelancer): forneça a declaração fiscal de rendimentos ou registo de emprego por conta própria
- ✓ Ordem do tribunal para pensão de alimentos de menores

### 4. Para verificar os seus recursos (*RIW, GPA, EAD, LTSS, MPP, SSP, KB, CCAP se superior a \$9.500*)

- ✓ Documentação de propriedade de um fundo fiduciário
- ✓ Prova de propriedades arrendadas
- ✓ Documentos de fundo fiduciário, propriedade
- ✓ Ações e/ou títulos
- ✓ Prova de propriedade de bens imobiliários além da sua casa.
- ✓ Registo de veículo incluindo carro, barco, *truck*, mota, caravana
- ✓ Prova de propriedade de outras propriedades que produzam rendimento
- ✓ Prova de propriedade de lote de cemitério (se tiver mais do que um)
- ✓ Contas bancárias, contas poupança, declarações de união de crédito, CD

### 5. Para verificar as suas despesas de cuidados de dependentes (*RIW; SNAP*)

- ✓ Prova de despesas relacionadas com cuidados infantis ou cuidados a adultos incapacitados que vivam na casa: recibos que mostrem as suas despesas pagas diretamente

### 6. Para verificar os seus custos de abrigo (*SNAP, RIW, LTSS*)

- ✓ Documentos de arrendamento, concessão ou hipoteca
- ✓ Declaração do senhorio
- ✓ Declaração de impostos sobre imóveis.
- ✓ Declaração do Departamento dos EUA de Desenvolvimento urbanístico e alojamento (HUD)
- ✓ Prova de seguro de propriedade
- ✓ Recibos ou declaração da empresa de serviços de utilidade pública
- ✓ Declaração da pessoa que partilha custos de abrigo

### 7. Para verificar as suas despesas com pensão de alimentos de menores (*SNAP, ACC*)

- ✓ Pensão de Alimentos de Menores que paga: resumo de rendimento se a pensão de alimentos de menores for deduzida de salários ou rendimento
- ✓ Cópia da ordem do tribunal

### 8. Para verificar as suas despesas médicas não abrangidas pelo seguro (*SNAP, EAD*)

- ✓ Resumo dos serviços prestados, como visitas ao médico ou hospital
- ✓ Recibos que mostrem despesas médicas não reembolsadas
- ✓ Apólice de seguro de saúde que mostre o montante do prémio
- ✓ Receita de medicamentos que mostre o custo na etiqueta ou impresso
- ✓ Faturas ou recibos de equipamento médico (incluindo custo de aluguer)

### 9. Para verificar relações entre membros do agregado familiar (*RIW, CCAP, ACC*)

- ✓ Papeis ou registos de adoção
- ✓ Registos hospitalares ou de saúde pública de nascimento ou parentalidade
- ✓ Registos de paternidade de pensão de alimentos a menores
- ✓ Certidão de casamento/certificados de casamento tribal
- ✓ Papéis de divórcio/custódia
- ✓ Registos ou papéis de tutoria

### 10. Para verificar a sua invalidez ou cegueira (*RIW, SNAP, CCAP, GPA, EAD, LTSS*)

- ✓ Prova de recebimento de rendimentos de Reforma, Sobrevivência e Seguro de Invalidez (RSDI) ou Rendimento de Segurança Suplementar (SSI); cópia de carta de atribuição ou documentação semelhante da Administração de Segurança Social e/ou aprovação atual de elegibilidade para RSDI ou SSI com base em cegueira
- ✓ Cópia de relatório de exame médico em arquivo no Gabinete de serviços de reabilitação (ORS), Serviços para cegos e com dificuldades visuais
- ✓ Declaração de um profissional médico

## PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA NUTRICIONAL SUPLEMENTAR (SNAP)

Pode enviar a sua candidatura imediatamente desde que tenhamos o seu nome, morada e assinatura de um membro responsável do agregado familiar ou do seu representante autorizado nesta candidatura. Se for considerado elegível, os benefícios serão calculados a partir da data em que recebamos este formulário no nosso gabinete. Temos de verificar a informação que fornece e tomar ação sobre a sua candidatura no prazo de trinta (30) dias após a data de preenchimento, a não ser que tenha direito a serviço expedito. Para determinar se é ou não elegível, tem de ser entrevistado. A data de arquivo do requerimento para requerentes de pré-lançamento corresponde à data de dispensa da instituição.

Ser-lhe-á enviado um pedido por escrito de qualquer verificação em falta na sua candidatura. A sua candidatura será rejeitada se a verificação em falta não for recebida no prazo de dez (10) dias após o pedido por escrito.

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

Caso se esteja a candidatar a RIW GPA, CCAP ou SSP e for determinado elegível para benefícios, esses benefícios serão determinados a partir da data em que a candidatura assinada tiver sido recebida.

### MEDICAID (LTSS) (EAD)

Pode ser fornecida cobertura Medicaid retroativa para determinadas despesas médicas a candidatos elegíveis através dos percursos LTSS e EAD até três (3) meses antes da data de receção de uma candidatura assinada, desde que todos os fatores de elegibilidade sejam cumpridos para cada mês. Não existe cobertura retroativa disponível para beneficiários ACC Medicaid.

Os candidatos podem qualificar-se para Medicaid através de mais do que um percurso de elegibilidade. Se não tiver a certeza do percurso que melhor se adapta às necessidades dos candidatos no seu agregado familiar, contacte 462-5300 para obter ajuda.

## SOBRE OS PROGRAMAS...

Novamente, as caixas junto a cada programa abaixo são utilizadas ao longo desta candidatura para identificar perguntas que precisa de responder para ser considerado para programas específicos. Responda apenas às perguntas dos programas a que se quer candidatar. Por exemplo, caso se queira candidatar a todos os programas, responda a todas as perguntas. Caso se esteja a candidatar para apenas RIW e ACC, tem de responder às perguntas com uma caixa RIW ou ACC por cima delas e pode deixar as outras perguntas em branco.

**RIW RI Works (RIW) Assistência Monetária:** O programa RIW dá assistência monetária por um número limitado de meses a famílias que precisem de apoio, bem como a pessoas que não podem trabalhar ou estão em formação ou à procura de um emprego. Os candidatos para RIW têm de ser responsáveis pelo apoio e cuidados de uma criança com menos de 18 anos, ou entre 18 e 19, se inscritos a tempo inteiro na escola e se espere que concluam a escola secundária antes do seu 19º aniversário. Uma mulher grávida sem outros filhos pode qualificar-se para assistência se estiver no terceiro trimestre da gravidez. O RIW requer uma entrevista com um assistente de elegibilidade e uma reunião com a assistente social de caso para concluir um plano de emprego.

**SNAP Programa de Assistência Nutricional Suplementar (SNAP):** SNAP, anteriormente conhecido como senhas alimentares, ajuda agregados familiares com baixos rendimentos a comprar a comida de que precisam para se manterem saudáveis. O seu rendimento menos determinadas despesas permitidas irá determinar se é elegível para benefícios SNAP. Terá de participar numa entrevista por telefone ou no gabinete antes de lhe serem atribuídos benefícios SNAP.

**CCAP Programa de assistência infantil (CCAP):** A Assistência infantil está disponível a famílias com rendimentos até 180% do nível de pobreza federal e está apenas disponível para abranger horas de emprego ou formação a curto prazo. As famílias poderão ter de pagar um co-pagamento com base no tamanho da sua família, nível de rendimento e número de filhos. As famílias que participem no RIW cumprem automaticamente os requisitos de rendimento para CCAP. Antes da inscrição, os candidatos ou participantes RIW que não estejam empregados têm de discutir opções de cuidados infantis com uma Assistente social, como parte do seu processo de inscrição e de desenvolvimento do plano de emprego. Para famílias que não participem no Programa RIW, a elegibilidade para CCAP baseia-se em, pelo menos, 20 horas de trabalho por semana pelo ordenado mínimo de Rhode Island, ou superior.

**GPA Programa Assistência Pública Geral (GPA):** O GPA está disponível para adultos com idades entre os 18 e os 64 que tenham rendimentos e recursos muito limitados e tenham uma doença ou invalidez crónica ou condição que os impeça de trabalhar. Adultos que tenham uma candidatura atual pendente para Rendimento de Segurança Suplementar (SSI) podem ser determinados elegíveis para benefícios GPA. A determinação para cobertura de cuidados de saúde ACC Medicaid tem de ser concluída antes de uma determinação de elegibilidade com base numa condição incapacitante. Os candidatos GPA podem candidatar-se a cobertura de cuidados de saúde ACC Medicaid ao responderem às perguntas ACC nesta candidatura ou ao candidatarem-se online em [www.healthyrhode.ri.gov](http://www.healthyrhode.ri.gov).

**SSP Programa de Pagamentos Suplementares Estaduais RI SSI (SSP):** O estado de Rhode Island suplementa a taxa de benefício de Rendimento de Segurança Suplementar Federal (SSI) para pessoas elegíveis. A autorização do SSP mensal para destinatários SSI atuais será automaticamente preenchida quando se candidatem para SSA. Os candidatos para SSP a quem tenha sido negado SSA por rendimento em excesso irão ter de cumprir os requisitos de rendimentos, recursos, idade e/ou invalidez (65 anos ou mais, invalidez ou cegueira) definidos pela Medicaid para pessoas com baixo rendimento que sejam idosos ou vivam com uma invalidez. Se um candidato for elegível com base no rendimento e esteja a reivindicar uma invalidez que não foi analisada ou determinada pela SSA, a Unidade SSP irá enviar uma referência para a Equipa de Análise Medicaid (MART) para uma determinação de invalidez.

**ACC Cobertura de cuidados acessíveis -- Seguro de Saúde Privado e Medicaid com Ajuda Financeira (ACC):** A Medicaid está disponível para pais/prestadores de cuidados com rendimento até 136% do Nível de pobreza federal (FPL), crianças com rendimento até 261% do FPL, grávidas com rendimento até 253% do FPL e adultos entre os 19 e 64 anos com rendimento até 133% do FPL, que de outra forma não seriam elegíveis para Medicaid e que não são elegíveis para, ou não estão inscritos em, Medicare através desta via de elegibilidade. Adultos que estão à espera de uma determinação de invalidez por uma agência governamental, que tenham recursos acima dos limites para elegibilidade EAD e/ou não cumpram os critérios de determinação de invalidez, podem candidatar-se para cobertura de cuidados acessíveis Medicaid através desta via. Famílias e indivíduos que não sejam elegíveis para Medicaid com rendimento inferior a 400% do FPL podem ser elegíveis para um crédito de imposto do governo federal para ajudar a pagar os custos de cobertura através de um plano de saúde privado. Também se pode candidatar para cobertura online em [www.healthyrhode.ri.gov](http://www.healthyrhode.ri.gov) ou pelo telefone ligando para o Centro de contacto HSRI através do número 1-855-840-4774.

**LTSS Serviços e apoios de longo prazo Medicaid (LTSS):** Os LTSS estão disponíveis para indivíduos que cumpram o nível necessário de necessidades e requisitos financeiros e para indivíduos com invalidez. Deve cumprir ambos os requisitos financeiros e clínicos de «nível de cuidado» para se qualificar para LTSS. Para pessoas que se qualifiquem, o Medicaid LTSS pode ser fornecido numa instituição de saúde como um lar, em casa, ou determinadas instalações comunitárias pré-aprovadas, incluindo algumas residências de vida assistida. O alcance dos serviços a longo prazo das coberturas Medicaid inclui, entre outros, serviços de assistente doméstica/enfeira certificada (CNA), alterações ambientais, gestão de caso, cuidado auto-direcionado, apoio temporário aos cuidadores, pequenas alterações domésticas e habitação partilhada/RtE at Home. O alcance dos serviços e a escolha das definições de serviço depende das necessidades de cuidado do indivíduo.

**EAD Medicaid: Cobertura de saúde para Idosos com baixo rendimento e pessoas com invalidez e adultos trabalhadores com invalidez/Plano Sherlock (EAD):** Para se qualificar para Medicaid para idosos com baixo rendimento e pessoas com invalidez, um indivíduo ou membro de um casal tem de ter 65 anos ou mais ter uma invalidez. As pessoas cegas também se qualificam para cobertura nesta categoria. O rendimento tem de ser, ou estar abaixo de, 100% do FPL e os recursos não podem exceder \$4.000 para uma só pessoa e \$6.000 para um casal. Além disso, um pessoa com menos de 65 anos tem de ser determinada pela Equipa de análise Medicaid (MART) como tendo uma invalidez que impede atividade lucrativa, incluindo trabalho, por um mínimo de um ano. Alguns candidatos que têm rendimento e/ou recursos acima destes montantes podem qualificar-se para Medicaid através do percurso de necessidade médica, se tiverem despesas médicas elevada todos os meses. Iremos dar-lhe mais informação sobre esta via se não cumprir os requisitos EAD de recursos e rendimento. As pessoas que recebem Rendimento de Segurança Suplementar (SSI) com base na idade ou invalidez são automaticamente elegíveis para Medicaid e **não** precisam de preencher esta candidatura. As pessoas que recebem Seguro de Invalidez da Segurança Social (SSDI) têm de se candidatar, mas não têm de fazer uma análise de invalidez pela MART.

**Programa Medicaid para trabalhadores com invalidez/Plano Sherlock:** As pessoas elegíveis ao abrigo desta categoria têm direito ao âmbito total dos benefícios Medicaid, serviços domésticos e baseados na comunidade e serviços necessários para obter e/ou manter emprego. Para ser considerado elegível para este programa, a pessoa tem de ter pelo menos dezoito (18) anos, cumprir os requisitos Medicaid para elegibilidade com base numa invalidez, ter prova de emprego ativo, pago, ter rendimento igual ou inferior a 250% do FPL e cumprir as normas de recurso especiais.

**MPP Programa de Pagamento de Prémios Medicare (MPP):** A elegibilidade para o MPP é baseada no rendimento e ajuda adultos com mais de 65 anos com invalidez a pagar a totalidade ou parte dos custos dos prémios Medicare Parte A e Parte B, despesas dedutíveis e co-pagamentos. O Medicare Parte A é uma cobertura de seguro hospitalar e o Medicare Parte B destina-se a serviços médicos, equipamento médico duradouro e serviços ambulatoriais. As pessoas com rendimentos até 135% do FPL são elegíveis para participar no MPP.

**KB Katie Beckett (KB):** O programa Katie Beckett fornece cobertura de Medicaid/seguro de saúde para crianças com menos de 19 anos que vivam em casa mas tenham necessidades de saúde complexas que normalmente requeiram os cuidados fornecidos em instalações de saúde como um hospital ou lar. Para determinar a elegibilidade para o programa Katie Beckett, apenas são considerados os rendimentos e recursos da criança que precisa de cobertura. A criança pode qualificar-se para alguns serviços disponíveis através desta via se o rendimento familiar estiver dentro do limite para cobertura para os grupos ACC. Ligue para 462-5300 se precisar de mais informação sobre qual a melhor via para si.

**DEPARTAMENTO DE SERVIÇOS HUMANOS DE RHODE ISLAND  
CANDIDATURA PARA ASSISTÊNCIA (DHS-2)**

Precisa de (*marque a caixa apropriada*):  Ajuda para preencher esta candidatura?  Ajuda linguística gratuita?

Língua falada preferencial: \_\_\_\_\_ Língua lida preferencial: \_\_\_\_\_

Quero candidatar-me a:

<input type="checkbox"/> <b>RIW</b> ASSISTÊNCIA MONETÁRIA (RHODE ISLAND WORKS - RIW)	<input type="checkbox"/> <b>ACC</b> SEGURO DE SAÚDE MEDICAID/PRIVADO COM AJUDA FINANCEIRA (ACC)
<input type="checkbox"/> <b>SNAP</b> PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA NUTRICIONAL SUPLEMENTAR (SNAP)	<input type="checkbox"/> <b>LTSS</b> MEDICAD: SERVIÇOS E APOIOS A LONGO PRAZO (LTSS)
<input type="checkbox"/> <b>CCAP</b> PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA INFANTIL (CCAP)	<input type="checkbox"/> <b>KB</b> KATIE BECKETT: COBERTURA DE SAÚDE PARA CRIANÇAS COM INVALIDEZ GRAVES (KB)
<input type="checkbox"/> <b>GPA</b> ASSISTÊNCIA PÚBLICA GERAL (GPA)	<input type="checkbox"/> <b>MPP</b> PROGRAMA DE PAGAMENTO DE PRÉMIOS MEDICARE (MPP)
<input type="checkbox"/> <b>SSP</b> PROGRAMA DE PAGAMENTOS SUPLEMENTARES ESTADUAIS RI SSI (SSP)	<input type="checkbox"/> <b>EAD</b> COBERTURA DE SAÚDE MEDICAID PARA PESSOAS COM 65 ANOS OU MAIS, CEGAS OU INCAPACITADAS, OU PESSOAS COM INVALIDEZ E ADULTOS TRABALHADORES COM INVALIDEZ/PLANO SHERLOCK (EAD)

Nome próprio, Inicial do segundo nome, Apelido Sufixo		Endereço de email		Número de telefone ( )	
				<input type="checkbox"/> Telemóvel <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabalho	
Morada			Número do apartamento/Unidade:		Cidade
Estado	Código Postal	Número de telefone alternativo: ( )		Está desalojado? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
		<input type="checkbox"/> Telemóvel <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabalho			
Melhor hora de contacto: <input type="checkbox"/> manhã <input type="checkbox"/> tarde <input type="checkbox"/> fim de tarde <input type="checkbox"/> noite <input type="checkbox"/> fim de semana <input type="checkbox"/> qualquer altura					

**Caso a sua morada seja diferente, insira-a abaixo. Caso contrário, deixe em branco.**

Morada ou endereço de caixa postal	Cidade	Estado	Código Postal
------------------------------------	--------	--------	---------------

**APENAS PARA CANDIDATOS SNAP:** Responda às perguntas abaixo para ver se pode obter benefícios SNAP mais depressa (dentro de 7 dias). Se a soma do seu rendimento, numerário e dinheiro no banco forem inferiores às suas despesas mensais de habitação; ou seu o seu rendimento mensal for inferior a \$150 e o seu dinheiro no banco e recursos líquidos forem inferiores a \$100; ou se for um migrante ou trabalhador agrícola sazonal, poderá ser elegível para serviço expedito.

Quanto dinheiro os membros do seu agregado familiar têm em numerário ou dinheiro no banco? \$ _____
Qual o montante total de rendimento de qualquer fonte (incluindo rendimento não laboral, como Pensão de alimentos de menores, SSI, TDI, Fundo de desemprego ou SSDI, RSDI, etc.) que se espera que o seu agregado familiar receba este mês? \$ _____
Qual a sua atual renda mensal/pagamento de hipoteca? \$ _____ Serviços utilitários? \$ _____
Paga o aquecimento ou o arrefecimento em sua casa? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Existe alguém no seu agregado familiar migrante ou trabalhador agrícola sazonal? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Sob pena de perjúrio, confirmo que toda a informação presente nesta candidatura é verdadeira. Compreendo que estou a violar a lei se fornecer informações erradas, e que posso ser punido ao abrigo da lei federal, estadual, ou ambas.

Assinatura do Requerente ou Destinatário	Data	Assinatura do representante autorizado	Data
--	------	--	------

**\*\*Pode rasgar esta folha e enviar APENAS a frente e verso desta página com o seu Nome, Morada e Assinatura para nos permitir inserir um carimbo de data e começar a sua candidatura. Para determinar a elegibilidade contínua de benefício, tem de assinar e preencher o resto da candidatura e poderá trazer consigo, enviar por correio ou enviar por fax a candidatura para o gabinete DHS.**

Caso deseje que alguém efetue a candidatura em seu nome, autorizar uma pessoa a utilizar os seus benefícios e/ou receber avisos importantes ou faturas de seguro de saúde, responda às perguntas abaixo. Selecionar um representante autorizado é opcional. Você e o seu representante autorizado terão ambos acesso à sua conta eletrônica. Se deseja nomear um Representante autorizado, assinale «Sim» abaixo e insira as informações dessa pessoa. O seu representante autorizado tem de ter 18 anos ou mais e pode ser um amigo, familiar ou alguém à sua escolha.

Quer que esta pessoa:  Efetue candidatura a benefícios em seu nome?  Utilize os seus benefícios? (Apenas benefícios em dinheiro SNAP e RIW)  
 Receber avisos?

Nome do representante autorizado		Endereço postal	
Número de Telefone Principal ( ) <input type="checkbox"/> Telemóvel <input type="checkbox"/> Trabalho <input type="checkbox"/> Outro	Número de Telefone Secundário ( ) <input type="checkbox"/> Telemóvel <input type="checkbox"/> Trabalho <input type="checkbox"/> Outro	Endereço de email	
Método de contacto preferencial <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Telefone <input type="checkbox"/> Correio		Hora preferencial de contacto? <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noite <input type="checkbox"/> Em qualquer altura	
Língua falada preferencial <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Português	Língua lida preferencial <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Português	Nome e ID da empresa/organização (se aplicável)	

**COMPOSIÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR:** Liste abaixo os membros do seu agregado familiar.

- **Candidatos SNAP:** liste-se a si mesmo e a todos os que vivem em sua casa neste momento, mesmo que não desejem assistência.
- **Cobertura de saúde/Candidatos ACC:** inclua-se a si, outros familiares e qualquer pessoa que esteja incluída na sua declaração fiscal de rendimentos, caso entregue esta declaração. Apenas inclua o seu parceiro não casado (namorado ou namorada) se viverem juntos E tiverem um filho em conjunto. Não inclua o seu colega de casa. Pode preencher uma candidatura para outras pessoas na sua família mesmo que não precisem de cobertura ou não sejam elegíveis para cobertura.

Os membros do agregado familiar que optam por não procurar obter benefícios não têm de responder às perguntas sobre Números de Segurança Social ou Informação de Cidadania.

<u>Nome</u> (Primeiro nome, Apelido, Inicial do Segundo Nome, Sufixo)	<u>Data de nascimento</u> (mm/dd/aaaa)	<u>Género</u> M: Masculino F: Feminino	<u>Número de Segurança Social</u> (Apenas necessário caso se esteja a candidatar a benefícios)	<u>O nome desta pessoa é diferente do presente no cartão de segurança social?</u> Se sim, escreva abaixo o nome no cartão	<u>Cidadão dos EUA?</u> (Apenas necessário caso se esteja a candidatar a benefícios)
					<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
					<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
					<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
					<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
					<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
					<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
					<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Se houver mais pessoas no seu agregado familiar, liste-as na página 25 marcada com «apenas para uso de candidato/beneficiário».

Caso se esteja a candidatar a benefícios SNAP, como gostaria de ser entrevistado?  Entrevista por telefone (OU)  Entrevista no escritório  
 (Nota: é necessária uma entrevista no escritório para assistência monetária RIW. A sua entrevista SNAP e RIW pode ser combinada.)

N.º de telefone: Dia \_\_\_\_\_ Noite: \_\_\_\_\_

Poderemos ter de o contactar em relação ao estado da sua candidatura e/ou para pedir informação adicional. Qual é o seu método preferencial de contacto?  Email  Correio

Nota: Caso se esteja a candidatar para SNAP e seleccionar «email», neste momento irá continuar a receber avisos por correio.

Vivo em (marque uma opção):

<input type="checkbox"/> Lar de idosos/Inválidos	<input type="checkbox"/> Desalojado: entrada de prédio, rua, carro	<input type="checkbox"/> Casa própria/Atrelado	<input type="checkbox"/> Abrigo/Casa de recuperação	<input type="checkbox"/> Casa/apartamento/atrelado alugado
<input type="checkbox"/> Vivo na casa/apartamento de outra pessoa	<input type="checkbox"/> Centro de reabilitação para drogados/alcoólicos	<input type="checkbox"/> Cuidados residenciais/vida assistida	<input type="checkbox"/> Lar/Instalações de saúde	<input type="checkbox"/> Sem morada permanente
<input type="checkbox"/> Outro (descreva): _____				

Alguém no seu agregado familiar está a candidatar-se a cobertura dentária?  Sim  Não Se sim, escreva os nomes em baixo:

1. _____	4. _____
2. _____	5. _____
3. _____	6. _____

**1****RIW****SNAP****CCAP****GPA****SSP****ACC****LTSS****EAD****MPP****KB**

Preencha alguma informação adicional em baixo sobre cada membro do seu agregado familiar.

**\*\*Informação de raça/etnia:** Pedimos-lhe para fornecer esta informação para que nos possamos certificar de que todas as pessoas possam obter os benefícios de que precisam e não são discriminadas em relação a ninguém. Não tem de fornecer esta informação. Se optar por não fornecer esta informação, tal não irá afetar a sua elegibilidade para benefícios. Pode seleccionar mais do que uma categoria sob «raça».

<u>Nome</u>	<u>Relação como o principal requerente</u>	<u>Vive com o principal requerente?</u> Sim ou Não Se não, insira a morada	<u>Etnia</u> <i>Insira um número (ver abaixo)</i>	<u>Raça</u> <i>Insira um número (ver abaixo)</i>	<u>Estado Civil</u>	<u>A candidatar-se a benefícios?</u>
	Para si	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não, Morada:				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não, Morada:				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não, Morada:				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não, Morada:				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não, Morada:				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não, Morada:				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não, Morada:				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não, Morada:				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

**Etnia:** 1-Hispânico 2-Não-Hispânico 3-Mexicano 4-Porto riquenho 5-Cubano 6-Outro hispânico

**Raça:** 1-Branco 2-Preto ou Afro-americano 3- Índio americano ou Nativo do Alasca 4-Asiático 5-Índio asiático 6-Chinês 7-Filipino 8-Japonês 9-Coreano 10-Vietnamita 11-Outro asiático 12-Guamaniano 13-Chamorro 14-Samoano 15-Nativo havaiano 16-Outras ilhas do pacífico 17-Outro

**2****RIW****SNAP****CCAP****GPA****SSP****ACC****LTSS****EAD****MPP****KB**

Alguns dos candidatos está a receber benefícios / receber assistência noutra estado?  SIM  NÃO

Se SIM, Quem? \_\_\_\_\_ Em que estado? \_\_\_\_\_

**3****SNAP**

Antes deste momento, algum candidato alguma vez se candidatou ou recebeu algum tipo de pagamentos de assistência, benefícios ou benefícios SNAP/senhas alimentares em Rhode Island ou em outro estado?  SIM  NÃO

Se SIM, Quem? \_\_\_\_\_ Em que estado? \_\_\_\_\_

Com que nome? \_\_\_\_\_ Quando? \_\_\_\_\_

Que tipo(s) de benefícios foram recebidos? \_\_\_\_\_

4

RIW SNAP

O Departamento de recursos humanos de Rhode Island (DHS) utiliza um sistema de telefone automático para fazer "chamadas de lembrete de reunião" para o lembrar de uma reunião de entrevista no gabinete ou por telefone que se encontre agendada. Os lembretes são referentes a certificação SNAP e Rhode Island Works e reuniões de recertificação. Dois dias antes da reunião marcada, irá automaticamente ser contactado para o número que escreveu nesta candidatura, a não ser que abaixo escolha não ser contactado.

Clique aqui se não pretender receber informações sobre os próximos passos no processo de requerimento através de um sistema telefónico automático:

5

RIW SNAP CCAP GPA SSP ACC LTSS EAD MPP KB

O candidato está preso (detido ou na prisão)?  SIM  NÃO

Se Sim, Quem? \_\_\_\_\_ Em que instalações? \_\_\_\_\_

Data de prisão: \_\_\_\_\_ Data de libertação \_\_\_\_\_

6

ACC

Algum dos candidatos estava sob cuidados e custódia do Departamento de Crianças, Jovens e Famílias de RI na data do seu 18º aniversário?  SIM  NÃO

Se Sim, Quem? \_\_\_\_\_

7

RIW CCAP GPA SSP ACC LTSS EAD MPP KB

Alguma das candidatas está grávida?  Sim  Não

Se Sim, preencha as caixas abaixo para cada pessoa que esteja grávida.

Apelido	Primeiro nome	Inicial do segundo nome	Data de fim de gravidez	Número de bebés esperados

8

RIW SNAP ACC LTSS EAD MPP KB

Algum dos candidatos é um veterano honrosamente dispensado do exército ou em funções?  Sim  Não

Se SIM, Quem? \_\_\_\_\_

9

RIW SNAP ACC LTSS EAD MPP KB

Algum dos candidatos é veterano militar, um dependente de um veterano, ou um sobrevivente de um veterano?  Sim  Não

Se SIM, Quem? \_\_\_\_\_ Marque um:  veterano  filho  cônjuge

10

ACC

Algum dos candidatos é Índio americano ou Nativo do Alasca?  SIM  NÃO

Se sim, pode ser elegível para proteções de Assistência médica Rhode Island e para benefícios especiais. Preencha a informação abaixo.

Algum dos candidatos é membro de uma Tribo federalmente reconhecida?  Sim  Não Se sim, qual? \_\_\_\_\_

Nome da tribo: \_\_\_\_\_ Estado da tribo: \_\_\_\_\_

Esta pessoa alguma vez recebeu serviços do Serviço de saúde índio, Programa tribal ou Programa de saúde índio urbano?  Sim  Não

Esta pessoa é elegível para obter serviços do Serviço de saúde índio, Programa de saúde tribal ou Programa de saúde de índio urbano através de uma referência de um destes programas?  Sim  Não

11

SNAP

Caso se esteja a candidatar para SNAP, terá de seleccionar um responsável do agregado familiar. Um responsável do agregado familiar é normalmente um progenitor adulto das crianças que se encontram em casa, ou uma pessoa que esteja a trabalhar e a fornecer apoio financeiro ao agregado familiar. Caso não haja um progenitor ou indivíduo trabalhador, pode seleccionar qualquer adulto para ser o responsável do agregado familiar. Selecione um responsável do agregado familiar abaixo.

Apelido	Primeiro nome	Inicial do segundo nome

12

SNAP

Existe alguém que viva consigo que compre e prepare os alimentos em separado?  SIM  NÃO

Se sim, liste as pessoas que compram e preparam os alimentos em separado?

Apelido	Primeiro nome	Inicial do segundo nome	Apelido	Primeiro nome	Inicial do segundo nome

13

RIW

SNAP

CCAP

GPA

SSP

ACC

LTSS

EAD

MPP

KB

Você ou alguém no seu agregado familiar *não* é cidadão americano?  SIM  NÃO

Se Sim, preencha a informação nas caixas abaixo para cada indivíduo que esteja a pedir benefícios e não seja cidadão dos EUA.

Caso se esteja a candidatar a Cuidados infantis ou Katie Beckett, resposta a esta pergunta apenas para a criança.

\*\*Se não for um cidadão americano a candidatar-se a benefícios, a informação que fornecer abaixo irá estar sujeita a verificação pelos Serviços de Imigração e Cidadania dos Estados Unidos (USCIS - anteriormente conhecido como INS) através do envio de informação desta candidatura para o USCIS A informação submetida recebida do USCIS pode afetar a elegibilidade do seu agregado familiar e o nível de benefícios. Os membros do agregado familiar que optam por não procurar benefícios não têm de fornecer informação de cidadania/imigração. Os membros do agregado familiar que procuram benefícios têm de fornecer informação sobre estado de cidadania ou imigração. O montante dos benefícios irá depender do número de pessoas que pede os benefícios, mas os membros do agregado familiar elegíveis que se candidatem poderão obter benefícios mesmo que algumas pessoas do agregado familiar não procurem obter benefícios. Os membros do agregado familiar que não procurem benefícios terão de fornecer a informação financeira deles, caso esta seja necessária para determinar a elegibilidade e montante de benefício para as pessoas que se estão a candidatar.

\*Estado de não-cidadania: 1-Residente permanente legal (LPR/Green Card) 2-Asilado 3-Refugiado 4-Imigrante cubano/haitiano 5-Admitido condicionalmente nos EUA 6-Imigrante condicional 7-Cônjuge/Filho/Progenitor vítima de violência doméstica 8-Vítima de tráfico 9-Concessão de suspensão de deportação/remoção 10-Visto de trabalho 11-Visto de estudante 12-Estado de proteção temporário 13-Residente temporário legal 14-Outro (descreva)

### Pessoa 1

Apelido	Primeiro nome	Inicial do segundo nome	*Estado de não-cidadania (insira um número dos acima):

Forneça informação abaixo sobre a sua documentação:

Registo de estrangeiro n.º \_\_\_\_\_

Certificado de naturalização n.º \_\_\_\_\_

Cartão de Residente Permanente (Green Card, I-551):

Cartão de Autorização de Emprego (I-766):

Estrangeiro n.º \_\_\_\_\_

Estrangeiro n.º \_\_\_\_\_

Cartão n.º \_\_\_\_\_

Registo de chegada/partida (I-94, I-94A) emitido pelo USCIS:

Visto de Imigrante Lido por Máquina (com Idioma I-551 Temporário) SEVIS ID \_\_\_\_\_

Visto n.º \_\_\_\_\_ País de emissão \_\_\_\_\_

ID do Sistema de informação de troca e estudante (SEVIS):

Estrangeiro n.º \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Documento de viagem de refugiado (I-571) n.º \_\_\_\_\_

Certificado de elegibilidade para não-imigrante

(F-1) Estatuto de aluno

Número de passaporte estrangeiro \_\_\_\_\_

(I-20): ID SEVIS \_\_\_\_\_

Autorização de reentrada (I-327)n.º: \_\_\_\_\_

País de emissão: \_\_\_\_\_

<b>Certificado de Elegibilidade para Estatuto (DS2019)</b> ID SEVIS _____ País de emissão _____ <b>Outros documentos ou tipos de estatuto:</b> Descrição do documento _____ Estrangeiro n.º _____ ID SEVIS _____	<b>de Visitante (J-1) Carimbo temporário I-551 (no passaporte ou I-94, I-94A)</b> País de Emissão: _____ Estrangeiro n.º: _____
Se o seu nome for diferente do presente no seu documento de imigração, forneça o nome no documento:	
Data de expiração do documento: ____/____/____ Data de entrada nos EUA: ____/____/____	
País de origem: _____ Viveu nos EUA antes de 22/08/1996? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Se este indivíduo se tiver candidatado a, ou tiver recebido o, estado de residência permanente, forneça a Data de residência permanente/Data de estatuto INS/USCIS: ____/____/____	
Este indivíduo tem um Patrocinador? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, qual é o tipo de patrocinador? <input type="checkbox"/> Indivíduo <input type="checkbox"/> Agência/organização	
O patrocinador é um membro do seu agregado familiar? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, nome do membro do agregado familiar: _____	
Se o patrocinador for uma pessoa/organização externa ao agregado familiar, forneça a informação seguinte:	
Nome da organização: _____ Nome do patrocinador: _____	
Endereço: _____ Número de telefone primário: _____	
Número de telefone secundário: _____ Endereço de email: _____	

## Pessoa 2

Apelido	Primeiro nome	Inicial do segundo nome	*Estado de não-cidadania ( <i>insira um número dos acima</i> ):
<b>Forneça informação abaixo sobre a sua documentação:</b>			
Registo de estrangeiro n.º _____		Certificado de naturalização n.º _____	
<b>Cartão de Residente Permanente (Green Card, I-551):</b>		<b>Cartão de Autorização de Emprego (I-766):</b>	
Estrangeiro n.º _____		Estrangeiro n.º _____	
Cartão n.º _____		Registo de chegada/partida (I-94, I-94A) emitido pelo USCIS:	
<b>Visto de Imigrante Lido por Máquina (com Idioma I-551 Temporário)</b>		SEVIS ID _____	
Visto n.º _____ País de emissão _____		<b>ID do Sistema de informação de troca e estudante (SEVIS):</b>	
Estrangeiro n.º _____		_____	
<b>Documento de viagem de refugiado (I-571) n.º _____</b>		<b>Certificado de elegibilidade para não-imigrante (F-1)</b>	
		<b>Estatuto de aluno</b>	
Número de passaporte estrangeiro _____		(I-20): ID SEVIS _____	
Autorização de reentrada (I-327)n.º: _____		País de emissão: _____	
<b>Certificado de Elegibilidade para Estatuto (DS2019) de Visitante (J-1)</b>		<b>Carimbo temporário I-551 (no passaporte ou I-94, I-94A)</b>	
ID SEVIS _____		País de Emissão: _____	
País de emissão _____		Estrangeiro n.º: _____	
<b>Outros documentos ou tipos de estatuto:</b>			
Descrição do documento _____ Estrangeiro n.º _____ ID SEVIS _____			
Se o seu nome for diferente do presente no seu documento de imigração, forneça o nome no documento:			
Data de expiração do documento: ____/____/____ Data de entrada nos EUA: ____/____/____			
País de origem: _____ Viveu nos EUA antes de 22/08/1996? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Se este indivíduo se tiver candidatado a, ou tiver recebido o, estado de residência permanente, forneça a Data de residência permanente/Data de estatuto INS/USCIS: ____/____/____			
Este indivíduo tem um Patrocinador? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, qual é o tipo de patrocinador? <input type="checkbox"/> Indivíduo <input type="checkbox"/> Agência/organização			
O patrocinador é um membro do seu agregado familiar? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, nome do membro do agregado familiar: _____			
Se o patrocinador for uma pessoa/organização externa ao agregado familiar, forneça a informação seguinte:			
Nome da organização: _____		Nome do patrocinador: _____	
Endereço: _____		Número de telefone primário: _____	
Número de telefone secundário: _____		Endereço de email: _____	

Você ou alguém no seu agregado familiar vive com uma invalidez, ou doença mental, ou física, ou cegueira?  SIM  NÃO  
 Se sim, preencha as caixas abaixo para cada pessoa.

**Pessoa 1:**

Apelido	Primeiro nome	Inicial do segundo nome	Problema médico (descreva)	Provocado por um acidente? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Esta pessoa candidatou-se a SSI ou benefícios da Segurança Social (SSDI)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
Se sim, data de candidatura: ____/____/____				
A Administração de Segurança Social determinou oficialmente que esta pessoa vive com uma invalidez ou cegueira? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
A pessoa está a receber serviços através do Gabinete de Serviços de Reabilitação RI ou Serviços para Invisuais? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
Se esta pessoa é um progenitor que não está a trabalhar, a invalidez desta pessoa torna-a incapaz de cuidar do(s) filhos(s)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
Esta invalidez irá fazer com que esta pessoa não trabalhe nos próximos 12 meses ou irá resultar em morte? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
Esta pessoa precisa de ajuda com atividades quotidianas como tomar banho, vestir-se, ir para a cama, tarefas diárias, etc.? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				

**Pessoa 2:**

Apelido	Primeiro nome	Inicial do segundo nome	Problema médico (descreva)	Provocado por um acidente? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Esta pessoa candidatou-se a SSI ou benefícios da Segurança Social (SSDI)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
Se sim, data de candidatura: ____/____/____				
A Administração de Segurança Social determinou oficialmente que esta pessoa vive com uma invalidez ou cegueira? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
Esta pessoa está ativa com o Gabinete de Serviços de Reabilitação ou Serviços para Invisuais? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
Se esta pessoa é um progenitor que não está a trabalhar, a invalidez desta pessoa torna-a incapaz de cuidar do(s) filhos(s)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
Esta invalidez irá fazer com que esta pessoa não trabalhe nos próximos 12 meses ou irá resultar em morte? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
Esta pessoa precisa de ajuda com atividades quotidianas como tomar banho, vestir-se, ir para a cama, tarefas diárias, etc.? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				

Você ou alguém no seu agregado familiar espera rendimentos de um emprego este mês?  SIM  NÃO

*Nota: Se for empregado por conta própria ser-lhe-á pedido que forneça essa informação na pergunta seguinte.*

**EXEMPLOS:** Salários/Ordenados, Comissões, Guarda nacional, Reserva militar, Trabalhador-estudante, Estágio, Workshop protegido, Militar dos EUA, Jurado em tribunal, Rendimento ganho no estrangeiro

Se sim, preencha as caixas abaixo para cada pessoa que está empregada e para cada trabalho.

**Pessoa 1/Emprego 1:**

Apelido	Primeiro nome	Inicial do segundo nome	Nome da entidade patronal, Morada e/ou Número de identificação da entidade patronal, se disponível		
Data em que o emprego começou/irá começar / /	Tipo de trabalho		Dia da semana em que recebe		
Com que frequência é pago: <input type="checkbox"/> À hora <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"/> Anualmente <input type="checkbox"/> Outro _____					
Média de horas de trabalho por semana _____					
<b>Liste abaixo o montante bruto pago em cada dia de trabalho remunerado nos últimos 30 dias.</b>					
Dia de pagamento	Data de pagamento	Data do fim de período de pagamento	Horas de trabalho por período de pagamento	Ordenados brutos antes dos impostos	Gorjetas/Comissões
1º	/ /	/ /		\$	\$
2º	/ /	/ /		\$	\$
3º	/ /	/ /		\$	\$
4º	/ /	/ /		\$	\$

Recebeu o crédito de imposto de rendimento ganho no seu recibo de vencimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Este trabalho faz parte do seu programa de trabalhador estudante? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Este é um programa de formação profissional no trabalho? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Este rendimento será recebido no mês seguinte? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Liste o número de horas e o montante que espera ser pago no próximo mês: Número de horas: _____ Ganhos brutos esperados: \$ _____ Gorjetas/Comissões: \$ _____			
Esta pessoa tem despesas relacionadas com o emprego obrigadas pela entidade patronal ou devido a ser cego ou ter invalidez? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Se sim, tipo de despesa: _____	Valor de Despesa: \$ _____
Esta pessoa recebeu compensação de desemprego nos últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Se sim, datas de receção: De _____ a _____	Esta pessoa recusou um trabalho ou oferta de programa de formação nos últimos 30 dias? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Se o rendimento desta pessoa não for o mesmo de mês para mês, quanto pensa que esta pessoa irá ganhar no próximo ano?			

**Pessoa 2/Emprego 2:**

Apelido		Primeiro nome		Inicial do segundo nome		Nome da entidade patronal, Morada e/ou Número de identificação da entidade patronal, se disponível			
Data em que o emprego começou/irá começar / /		Tipo de trabalho				Dia da semana em que recebe			
Com que frequência é pago: <input type="checkbox"/> À hora <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"/> Anualmente <input type="checkbox"/> Outro _____									
Média de horas de trabalho por semana _____									
<b>Liste abaixo o montante bruto pago em cada dia de trabalho remunerado nos últimos 30 dias.</b>									
Dia de pagamento	Data de pagamento		Data do fim de período de pagamento		Horas de trabalho por período de pagamento		Ordenados brutos antes dos impostos		Gorjetas/Comissões
1º	/ /		/ /				\$		\$
2º	/ /		/ /				\$		\$
3º	/ /		/ /				\$		\$
4º	/ /		/ /				\$		\$

Recebeu o crédito de imposto de rendimento ganho no seu recibo de vencimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Este trabalho faz parte do seu programa de trabalhador estudante? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Este é um programa de formação profissional no trabalho? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Este rendimento será recebido no mês seguinte? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Liste o número de horas e o montante que espera ser pago no próximo mês: Número de horas: _____ Ganhos brutos esperados: \$ _____ Gorjetas/Comissões: \$ _____			
Esta pessoa tem despesas relacionadas com o emprego obrigadas pela entidade patronal ou devido a ser cego ou ter invalidez? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Se sim, tipo de despesa: _____	Valor de Despesa: \$ _____
Esta pessoa recebeu compensação de desemprego nos últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Se sim, datas de receção: De _____ a _____	Esta pessoa recusou um trabalho ou oferta de programa de formação nos últimos 30 dias? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Se o rendimento desta pessoa não for o mesmo de mês para mês, quanto pensa que esta pessoa irá ganhar no próximo ano? \$ _____			

**Pessoa 3/Trabalho 3:**

Apelido	Primeiro nome	Inicial do segundo nome	Nome da entidade patronal, Morada e/ou Número de identificação da entidade patronal, se disponível		
Data em que o emprego começou/irá começar		Tipo de trabalho		Dia da semana em que recebe	
Com que frequência é pago: <input type="checkbox"/> À hora <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"/> Anualmente <input type="checkbox"/> Outro _____					
Média de horas de trabalho por semana _____					
<b>Liste abaixo o montante bruto pago em cada dia de trabalho remunerado nos últimos 30 dias.</b>					
Dia de pagamento	Data de pagamento	Data do fim de período de pagamento	Horas de trabalho por período de pagamento	Ordenados brutos antes dos impostos	Gorjetas/Comissões
1º	/ /	/ /		\$	\$
2º	/ /	/ /		\$	\$
3º	/ /	/ /		\$	\$
4º	/ /	/ /		\$	\$
Recebeu o crédito de imposto de rendimento ganho no seu recibo de vencimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			Este trabalho faz parte do seu programa de trabalhador estudante? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Este é um programa de formação profissional no trabalho? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Este rendimento será recebido no mês seguinte? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Liste o número de horas e o montante que espera ser pago no próximo mês: Número de horas: _____ Ganhos brutos esperados: \$ _____ Gorjetas/Comissões: \$ _____					
Esta pessoa tem despesas relacionadas com o emprego obrigadas pela entidade patronal ou devido a ser cego ou ter invalidez? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Se sim, tipo de despesa: _____		Valor de Despesa: \$ _____	
Esta pessoa recebeu compensação de desemprego nos últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Se sim, datas de receção: De _____ a _____		Esta pessoa recusou um trabalho ou oferta de programa de formação nos últimos 30 dias? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Se o rendimento desta pessoa não for o mesmo de mês para mês, quanto pensa que esta pessoa irá ganhar no próximo ano? \$ _____					

**16**    **RIW**    **SNAP**    **CCAP**    **GPA**    **SSP**    **ACC**    **LTSS**    **EAD**    **MPP**    **KB**

Você, o seu cônjuge, ou alguém no seu agregado familiar recebe rendimentos de um emprego por conta própria?  SIM  NÃO

**EXEMPLOS:** Negócio doméstico, Vendas online (ex. EBay, Craigslist), Agricultura, Pescas, Babysitting/Cuidados infantis, Venda porta-a-porta, Vendas domésticas, Limpezas domésticas

Se sim, preencha as caixas abaixo sobre cada pessoa. Anexe documentação de despesas.

**Pessoa 1/Emprego 1:**

Apelido	Primeiro nome	Inicial do segundo nome	Rendimento bruto/Com que frequência \$ _____ por _____	Número médio de horas de trabalho por semana
Tipo de negócio		Nome do negócio		Este rendimento será recebido nos próximos meses? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Total mensal de despesas relacionadas com o negócio: \$ _____		Quanto rendimento líquido (rendimento menos despesas) irá obter deste emprego por conta própria este mês? Marque um: \$ _____ <input type="checkbox"/> Lucro <input type="checkbox"/> Perda		
Se cuidar de crianças em casa, número de crianças de que cuida:			Número de semanas de trabalho:	

**Pessoa 2/Emprego 2:**

Apelido	Primeiro nome	Inicial do segundo nome	Rendimento bruto/Com que frequência \$ _____ por _____	Número médio de horas de trabalho por semana
Tipo de negócio		Nome do negócio		Este rendimento será recebido nos próximos meses? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Total mensal de despesas relacionadas com o negócio: \$ _____		Quanto rendimento líquido (rendimento menos despesas) irá obter deste emprego por conta própria este mês? Marque um: \$ _____ <input type="checkbox"/> Lucro <input type="checkbox"/> Perda		
Se cuidar de crianças em casa, número de crianças de que cuida:			Número de semanas de trabalho:	

**17**      **RIW**   **SNAP**   **CCAP**   **GPA**   **SSP**   **ACC**   **LTSS**   **EAD**   **MPP**   **KB**

**Você, o seu cônjuge, ou alguém no seu agregado familiar recebeu ou espera receber, rendimento além do emprego ou trabalho por conta própria, conforme os tipos abaixo? (Isto inclui dinheiro que lhe tenha sido dado por um amigo ou familiar)  SIM  NÃO**

**Se sim, preencha as caixas abaixo para cada pessoa.**

Caso se esteja a candidatar apenas para **ACC**, não comunique Rendimento de Segurança Suplementar (SSI), Benefícios de Invalidez de Veteranos, apoio infantil, presentes, recursos de empréstimos (como empréstimos de estudante, empréstimos de equidade sobre a casa ou empréstimos bancários) ou bolsas de estudo. Forneça mais informação sobre os seus pagamentos de dividendos, pagamentos de juros, ganhos ou perdas de capital ou rendimento de corporações de parceria não incluídas no seu rendimento de emprego por conta própria.

Para **todos os outros programas**, liste a parte de empréstimos de estudante, bolsas de estudo, prémios ou bolsas de estudos avançados utilizados para despesas diárias.

**EXEMPLOS:**

Subsídio de adoção	401(k)	Reforma para trabalhadores ferroviários	Fundo de Desemprego
Atribuição pelo tribunal	Presentes, Prémios, Herança, Lotaria	Direitos de autoria	Apoio em numerário
Patrocínio de estrangeiros	Abrigo em espécie	Pensões de reforma	Ajuda e Assistência VA
Pensão de alimentos a ex-cônjuge	Rendimento de reembolso fiscal	Segurança Social (RSDI)	Compensação VA
Anuidades	Outro em espécie	Secção 8 Pagamento de serviços utilitários	Prestações Básicas VA
Ganhos líquidos de capital/ Investimento Rendimento	Ganhos de apostas	Rendimento de juros	Rendimento de corporações de parceria
Pensão de Alimentos de Menores	Seguro e Ação judicial	SSI, SSDI	Pensão Melhorada VA
Dividendos, Juros	Subsídios por greve	Seguro de acidentes de trabalho	Distribuições de IRA
Reembolso de Crédito de Impostos de Rendimento laboral	Atribuição militar	TDI	Nota promissória
Cuidados de acolhimento	Assistência fora do estado	Fundos fiduciários	Rendimentos de estudante (Empréstimos, Subsídios, Bolsas)

**Pessoa 1:**

Apelido	Primeiro nome	Inicial do Segundo Nome	Montante/Com que frequência \$ _____ por _____	Data de Receção de Rendimento _____/_____/_____
Número do pedido ( <i>se aplicável</i> )	Tipo de rendimento		Este rendimento será recebido nos próximos meses? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Tem algumas despesas retidas de, ou relacionadas com, este rendimento? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Se sim, descreva a(s) despesa(s):		Montante da(s) despesa(s): _____	

**Pessoa 2:**

Apelido	Primeiro nome	Inicial do Segundo Nome	Montante/Com que frequência \$ _____ por _____	Data de Receção de Rendimento _____/_____/_____
Número do pedido ( <i>se aplicável</i> )	Tipo de rendimento		Este rendimento será recebido nos próximos meses? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Tem algumas despesas retidas de, ou relacionadas com, este rendimento? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Se sim, descreva a(s) despesa(s):		Montante da(s) despesa(s): _____	

**Pessoa 3:**

Apelido	Primeiro nome	Inicial do Segundo Nome	Montante/Com que frequência	Data de Receção de Rendimento
			\$ _____ por _____	_____/_____/_____
Número do pedido <i>(se aplicável)</i>	Tipo de rendimento		Este rendimento será recebido nos próximos meses? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Tem algumas despesas retidas de, ou relacionadas com, este rendimento? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Se sim, descreva a(s) despesa(s):		Montante da(s) despesa(s): _____	

**Pessoa 4:**

Apelido	Primeiro nome	Inicial do Segundo Nome	Montante/Com que frequência	Data de Receção de Rendimento
			\$ _____ por _____	_____/_____/_____
Número do pedido <i>(se aplicável)</i>	Tipo de rendimento		Este rendimento será recebido nos próximos meses? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Tem algumas despesas retidas de, ou relacionadas com, este rendimento? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Se sim, descreva a(s) despesa(s):		Montante da(s) despesa(s): _____	

**Se alguém no seu agregado familiar esperar rendimentos nos próximos 12 meses, preencha a caixa abaixo para essa pessoa.**

Apelido	Primeiro Nome	Inicial do Segundo Nome	Tipo de rendimento esperado	Data esperada em que o rendimento será recebido _____/_____/_____

**18**

**ACC**

**Comunique quaisquer deduções adicionais de imposto que não foram anteriormente comunicadas nesta candidatura.**

*O objetivo da redução de imposto é reduzir o seu rendimento sujeito a impostos. Se pagar alguma das despesas listadas abaixo, isso significa que o seu rendimento é inferior e pode baixar o custo do seu seguro de saúde. Se tiver anteriormente comunicado despesas nas perguntas 15 - 17, não tem de voltar a comunicá-las aqui.*

**Exemplos das deduções permitidas:**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| Contribuições para Conta Poupança de Saúde (HSA)  | Juros pagos sobre empréstimos de estudantes | Deduções IRA/401K  |
| Planos de reforma de emprego por conta própria e Seguro de saúde de emprego por conta própria | Despesas de educador                        | Atividades de produto doméstico  |
| Penalizações pagas por levantamento antecipado de poupanças                                   | Taxas de tutor e escola                     | Despesas empresariais de artistas de palco, pessoas na reserva e oficiais do governo com base em taxas |
| Custos de mudança relacionados com uma mudança de trabalho                                    |   |  |

<input type="checkbox"/> <b>Pensão de alimentos paga a ex-cônjuge</b> Quem? _____ Quanto? _____ Com que frequência? _____	<input type="checkbox"/> <b>Juros de empréstimo a estudante</b> Quem? _____ Quanto? _____ Com que frequência? _____	<input type="checkbox"/> <b>Taxas de tutor e escola</b> Quem? _____ Quanto? _____ Com que frequência? _____
<input type="checkbox"/> <b>Outro</b> _____ Quem? _____ Quanto? _____ Com que frequência? _____	<input type="checkbox"/> <b>Outro</b> _____ Quem? _____ Quanto? _____ Com que frequência? _____	<input type="checkbox"/> <b>Outro</b> _____ Quem? _____ Quanto? _____ Com que frequência? _____

**19**

**ACC**

**Preencha as caixas abaixo para cada membro do agregado familiar, mesmo que o contribuinte ou seu dependente não esteja em sua casa.**

Nome	Esta pessoa planeia entregar uma declaração fiscal de rendimentos federal no próximo ano?	Esta pessoa irá fazê-lo juntamente com um cônjuge/ parceiro? <i>(Se casados, terá de o fazer em conjunto para se qualificar para um crédito de imposto)</i>	Esta pessoa tem algum dependente fiscal? <i>(Um dependente apenas pode ser referido por uma das pessoas que entrega declaração fiscal de rendimentos. Para declarações conjuntas, precisa de listar dependentes para o declarante que irá assinar o formulário de declaração.)</i>	Esta pessoa foi indicada como dependente fiscal na declaração fiscal de rendimentos de outra pessoa?	Qual a relação desta pessoa com o declarante fiscal?
------	---	--	---	--	--

	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Se sim, nomeie o cônjuge ou parceiro:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Se sim, nomeie os dependentes fiscais:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Se sim, nomeie o declarante fiscal:	
	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Se sim, nomeie o cônjuge ou parceiro:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Se sim, nomeie os dependentes fiscais:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Se sim, nomeie o declarante fiscal:	
	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Se sim, nomeie o cônjuge ou parceiro:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Se sim, nomeie os dependentes fiscais:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Se sim, nomeie o declarante fiscal:	
	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Se sim, nomeie o cônjuge ou parceiro:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Se sim, nomeie os dependentes fiscais:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Se sim, nomeie o declarante fiscal:	

20

ACC

LTSS

EAD

MPP

Alguém no seu agregado familiar inscreveu-se, ou alguém no seu agregado familiar *tem acesso*, a cobertura de saúde agora? SIM NÃO  
Se sim, preencha as caixas abaixo para cada pessoa/tipo de seguro.

\*Exemplos de tipos de seguro: Tricare, Seguro de saúde de veteranos, Corpo da paz, Medicare, Seguro da entidade patronal, Seguro privado, Cobra, Seguro dentário, Plano de reforma, Outro

Nome	Nome da Companhia de Seguros	Apólice de seguro n.º ou Pedido Medicare n.º	*Tipo de seguro (veja os exemplos acima)	Atualmente inscrito?
		Prémio mensal: _____	Marque um: <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Família	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Se não, planeia inscrever-se? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Data de início: _____
		Prémio mensal: _____	Marque um: <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Família	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Se não, planeia inscrever-se? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Data de início: _____
		Prémio mensal: _____	Marque um: <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Família	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Se não, planeia inscrever-se? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Data de início: _____
		Prémio mensal: _____	Marque um: <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Família	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Se não, planeia inscrever-se? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Data de início: _____
		Prémio mensal: _____	Marque um: <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Família	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Se não, planeia inscrever-se? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Data de início: _____
		Prémio mensal: _____	Marque um: <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Família	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Se não, planeia inscrever-se? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Data de início: _____

Preencha a informação abaixo se houver alguma alteração para breve a qualquer um dos seguros de entidade patronal listados acima.

Nome da pessoa com cobertura de entidade patronal: \_\_\_\_\_

A entidade patronal planeia abandonar o plano no dia (MM/DD/AAAA): \_\_\_\_\_ Passará a ser elegível no dia (MM/DD/AAAA): \_\_\_\_\_

Nome da pessoa com cobertura de entidade patronal: \_\_\_\_\_

A entidade patronal planeia abandonar o plano no dia (MM/DD/AAAA): \_\_\_\_\_ Passará a ser elegível no dia (MM/DD/AAAA): \_\_\_\_\_

Preencha a informação abaixo para todos os familiares que se candidatem a cobertura de saúde.

Nome: Data de fim de cobertura de seguro de saúde: No último ano: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 1-3 anos atrás

Há mais de 3 anos Nunca Outro/Sem seguro

Nome: Data de fim de cobertura de seguro de saúde: No último ano: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 1-3 anos atrás

Há mais de 3 anos Nunca Outro/Sem seguro

**21****RIW****SNAP****CCAP****ACC**

Preencha as caixas abaixo relativas ao contexto escolar de cada membro do seu agregado familiar.

**Pessoa 1:**

Nome	Nível mais elevado concluído na escola	Data de conclusão do secundário (se concluído): ____/____/____	Recebeu GED? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Anda na escola agora? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Se andar na escola, nome da escola:		A frequentar: <input type="checkbox"/> A tempo inteiro <input type="checkbox"/> A meio tempo <input type="checkbox"/> Menos de meio tempo		
Tipo: <input type="checkbox"/> K-12 <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Vocacional <input type="checkbox"/> Faculdade/Universidade <input type="checkbox"/> Escola profissional <input type="checkbox"/> Outro			Data esperada de formatura: ____/____/____	
A participar num programa de estudo e trabalho? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		A participar num programa de formação? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Se sim, nomeie o programa de formação:				

**Pessoa 2:**

Nome	Nível mais elevado concluído na escola	Data de conclusão do secundário (se concluído): ____/____/____	Recebeu GED? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Anda na escola agora? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Se andar na escola, nome da escola:		A frequentar: <input type="checkbox"/> A tempo inteiro <input type="checkbox"/> A meio tempo <input type="checkbox"/> Menos de meio tempo		
Tipo: <input type="checkbox"/> K-12 <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Vocacional <input type="checkbox"/> Faculdade/Universidade <input type="checkbox"/> Escola profissional <input type="checkbox"/> Outro			Data esperada de formatura: ____/____/____	
A participar num programa de estudo e trabalho? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		A participar num programa de formação? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Se sim, nomeie o programa de formação:				

**Pessoa 3:**

Nome	Nível mais elevado concluído na escola	Data de conclusão do secundário (se concluído): ____/____/____	Recebeu GED? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Anda na escola agora? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Se andar na escola, nome da escola:		A frequentar: <input type="checkbox"/> A tempo inteiro <input type="checkbox"/> A meio tempo <input type="checkbox"/> Menos de meio tempo		
Tipo: <input type="checkbox"/> K-12 <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Vocacional <input type="checkbox"/> Faculdade/Universidade <input type="checkbox"/> Escola profissional <input type="checkbox"/> Outro			Data esperada de formatura: ____/____/____	
A participar num programa de estudo e trabalho? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		A participar num programa de formação? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Se sim, nomeie o programa de formação:				

**Pessoa 4:**

Nome	Nível mais elevado concluído na escola	Data de conclusão do secundário (se concluído): ____/____/____	Recebeu GED? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Anda na escola agora? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Se andar na escola, nome da escola:		A frequentar: <input type="checkbox"/> A tempo inteiro <input type="checkbox"/> A meio tempo <input type="checkbox"/> Menos de meio tempo		
Tipo: <input type="checkbox"/> K-12 <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Vocacional <input type="checkbox"/> Faculdade/Universidade <input type="checkbox"/> Escola profissional <input type="checkbox"/> Outro			Data esperada de formatura: ____/____/____	
A participar num programa de estudo e trabalho? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		A participar num programa de formação? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Se sim, nomeie o programa de formação:				

**22****RIW****SNAP****LTSS**

Você, o seu cônjuge ou alguém no agregado familiar se encontra num alojamento em grupo como os tipos listados abaixo?

 SIM  NÃO

Abrigo para pessoas sem-abrigo

Centro de tratamento para drogados

Hospital

Casa de grupo

Centro de tratamento para alcoólicos

Abrigo de Violência Doméstica

Instalações de vida assistida

Dormitório

Se sim, preencha as caixas abaixo.

Apelido	Primeiro nome	Inicial do segundo nome	Nome da instalação	Tipo de instalação	Número de refeições fornecidas por dia?

**23****SNAP**Você ou qualquer membro do seu agregado familiar estão escondidos ou a fugir das autoridades para evitar acusação criminal, ser detido, ou ir para a prisão devido a um crime, ou tentativa criminosa, ou violação de liberdade condicional?  SIM  NÃO

Se sim, preencha as caixas abaixo para cada membro do agregado familiar.

Apelido Primeiro nome Inicial do segundo nome	Data da descoberta	Estado

24

CCAP

Caso se esteja a candidatar a assistência de cuidados infantis, informe-nos sobre o seu horário em relação às suas necessidades de cuidados infantis. Preencha a tabela abaixo com o motivo para precisar de cuidados infantis e insira a hora para cuidados infantis em cada dia.

Pessoa 1:

Nome do progenitor:		Nome da criança:	
Dia	Razão de necessidade <i>(assinale as caixas apropriadas)</i>	Hora de início	Hora de Fim
Segunda-feira	<input type="checkbox"/> Trabalho <input type="checkbox"/> Ensino secundário/Conclusão GED <input type="checkbox"/> Necessidades Especiais Devido a um Problema de Saúde		
Terça-feira	<input type="checkbox"/> Trabalho <input type="checkbox"/> Ensino secundário/Conclusão GED <input type="checkbox"/> Necessidades Especiais Devido a um Problema de Saúde		
Quarta-feira	<input type="checkbox"/> Trabalho <input type="checkbox"/> Ensino secundário/Conclusão GED <input type="checkbox"/> Necessidades Especiais Devido a um Problema de Saúde		
Quinta-feira	<input type="checkbox"/> Trabalho <input type="checkbox"/> Ensino secundário/Conclusão GED <input type="checkbox"/> Necessidades Especiais Devido a um Problema de Saúde		
Sexta-feira	<input type="checkbox"/> Trabalho <input type="checkbox"/> Ensino secundário/Conclusão GED <input type="checkbox"/> Necessidades Especiais Devido a um Problema de Saúde		
Sábado	<input type="checkbox"/> Trabalho <input type="checkbox"/> Ensino secundário/Conclusão GED <input type="checkbox"/> Necessidades Especiais Devido a um Problema de Saúde		
Domingo	<input type="checkbox"/> Trabalho <input type="checkbox"/> Ensino secundário/Conclusão GED <input type="checkbox"/> Necessidades Especiais Devido a um Problema de Saúde		
Se o seu horário variar, explique como (pode enviar documentação adicional para verificação).			

Pessoa 2:

Nome do progenitor:		Nome da criança:	
Dia	Razão de necessidade <i>(assinale as caixas apropriadas)</i>	Hora de início	Hora de Fim
Segunda-feira	<input type="checkbox"/> Trabalho <input type="checkbox"/> Ensino secundário/Conclusão GED <input type="checkbox"/> Necessidades Especiais Devido a um Problema de Saúde		
Terça-feira	<input type="checkbox"/> Trabalho <input type="checkbox"/> Ensino secundário/Conclusão GED <input type="checkbox"/> Necessidades Especiais Devido a um Problema de Saúde		
Quarta-feira	<input type="checkbox"/> Trabalho <input type="checkbox"/> Ensino secundário/Conclusão GED <input type="checkbox"/> Necessidades Especiais Devido a um Problema de Saúde		
Quinta-feira	<input type="checkbox"/> Trabalho <input type="checkbox"/> Ensino secundário/Conclusão GED <input type="checkbox"/> Necessidades Especiais Devido a um Problema de Saúde		
Sexta-feira	<input type="checkbox"/> Trabalho <input type="checkbox"/> Ensino secundário/Conclusão GED <input type="checkbox"/> Necessidades Especiais Devido a um Problema de Saúde		
Sábado	<input type="checkbox"/> Trabalho <input type="checkbox"/> Ensino secundário/Conclusão GED <input type="checkbox"/> Necessidades Especiais Devido a um Problema de Saúde		
Domingo	<input type="checkbox"/> Trabalho <input type="checkbox"/> Ensino secundário/Conclusão GED <input type="checkbox"/> Necessidades Especiais Devido a um Problema de Saúde		
Se o seu horário variar, explique como (pode enviar documentação adicional para verificação).			

25

RIW

SNAP

Você, o seu cônjuge, ou alguém no seu agregado familiar, paga quarto e/ou alimentação?  SIM  NÃO

Se sim, preencha a caixa adiante relativamente ao membro do agregado familiar que paga quarto e/ou alimentação.

Apelido	Primeiro Nome	Inicial do Segundo Nome	Montante pago/Com que frequência	O que é que o quarto/alimentação inclui?
			\$ _____ por _____	<input type="checkbox"/> Só quarto <input type="checkbox"/> Alimentação (1-2 refeições) <input type="checkbox"/> Alimentação (3 refeições)

A quem é pago o quarto/alimentação?

26

RIW

CCAP

GPA

SSP

LTSS

EAD

MPP

KB

Alguém no seu agregado familiar, incluindo você, tem uma queixa ou processo legal, por razão de doença ou ferimentos resultante de um acidente de automóvel ou no local de trabalho, ou de outro tipo, pelo qual possa receber dinheiro?  SIM  NÃO

Se sim, preencha as caixas abaixo para cada pessoa.

Apelido	Primeiro nome	Inicial do segundo nome	Tipo de ação legal (descreva)	Data do incidente	Seguro de acidentes de trabalho?
				____ / ____ / ____	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Pessoa (ou empresa) responsável / Endereço			Nome da Companhia de Seguros / Endereço		
Endereço					
Nome do advogado			Endereço do advogado		Número do processo

27a

RIW

CCAP

ACC

Existem menores no agregado familiar que tenham um progenitor (natural ou adotivo) a viver fora de casa, ou falecido?

SIM  NÃO

Se estiver a candidatar-se a ACC, a resposta a esta pergunta é opcional. Se SIM, sei que me será pedido que colabore com o Gabinete de serviços de apoio a menores, que recolhe apoio médico para um progenitor sem custódia. Se eu achar que cooperar para recolher apoio médico será prejudicial para mim ou para os meus filhos, posso dizer à agência que poderei não ter de cooperar.

27b

RIW

CCAP

Se respondeu sim à pergunta n.º 27a e estiver a candidatar-se a RIW e/ou CCAP, preencha as caixas abaixo relativamente a cada progenitor que vive fora do lar (progenitor sem custódia) ou falecido.

A lei estadual assume que uma criança nascida durante o tempo em que um casal está junto, ou nos 10 meses seguintes à decisão final de divórcio, é filho deles. Liste o atual ou antigo cônjuge como o progenitor sem custódia do(s) filho(s) nascido(s) durante esse tempo. Se a decisão de divórcio ou ordem do tribunal excluir o seu cônjuge, ou antigo cônjuge, como pai de qualquer criança listada no requerimento, terá de listar o progenitor biológico da(s) criança(s) e fornecer cópias da decisão ou ordem com este requerimento.

Progenitor 1:

Progenitor sem custódia / Falecido - Apelido	Primeiro nome	MI	Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	N.º de Seg. Social do Progenitor sem custódia/falecido	Data de nascimento
Endereço do progenitor sem custódia			Número de telefone do progenitor sem custódia		
Nome da entidade patronal		Endereço da entidade patronal		Este progenitor possui invalidez e/ou é veterano? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
A criança nasceu durante o casamento, ou no espaço de 300 dias após o casamento ter terminado por razão de morte ou divórcio? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, data de casamento ____ / ____ / ____		Os pais da(s) criança(s) estão atualmente casados um com o outro? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se não, data do divórcio ____ / ____ / ____		Estado civil do progenitor sem custódia <input type="checkbox"/> Nunca Casou <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viúvo/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Desconhecido	
Progenitor(es) sem custódia					
Raça:	Etnia:	Cor de cabelo:	Altura:	Peso:	Cidade de nascimento: Estado de nascimento:

O progenitor sem custódia alguma vez esteve preso? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, data de início de prisão: ____/____/____	Data de fim de prisão: ____/____/____
Um progenitor da(s) criança(s) faleceu? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, data da morte do progenitor falecido: ____/____/____	
Filho(s) deste progenitor sem custódia a viver no agregado familiar do candidato. Apelido Primeiro nome Inicial do segundo nome do filho/a	Estado de nascimento	O tribunal ordenou pagamento de pensão de alimentos de menores, cobertura de saúde ou reconhecimento de paternidade? (Se sim, assinale o tipo de cobertura e data.)
1.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Pensão Cobertura de saúde Paternidade <input type="checkbox"/> Data ____/____/____ <input type="checkbox"/> Data ____/____/____ <input type="checkbox"/> Data ____/____/____
2.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Pensão Cobertura de saúde Paternidade <input type="checkbox"/> Data ____/____/____ <input type="checkbox"/> Data ____/____/____ <input type="checkbox"/> Data ____/____/____
3.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Pensão Cobertura de saúde Paternidade <input type="checkbox"/> Data ____/____/____ <input type="checkbox"/> Data ____/____/____ <input type="checkbox"/> Data ____/____/____

Pedimos informação sobre o progenitor sem custódia para que possamos procurar obter dele/a a pensão de alimentos de menores. Se receia que você ou o seu filho possam ser prejudicados pelo progenitor sem custódia caso nos ajude neste processo, poderá não ser obrigado a cooperar. Iremos encaminhá-la para um agente de programa de apoio a vítimas de violência doméstica, com quem possa discutir a situação e que a possa ajudar a planear a sua segurança. **Assinale esta caixa se receie pela segurança, sua e do(s) seu(s) filho(s), caso nos ajude a obter a pensão de alimentos de menores:**

### Progenitor 2:

Progenitor sem custódia / Falecido - Apelido Primeiro nome MI	Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	N.º de Seg. Social do Progenitor sem custódia/falecido ____/____/____	Data de nascimento ____/____/____
Endereço do progenitor sem custódia		Número de telefone do progenitor sem custódia	
Nome da entidade patronal	Endereço da entidade patronal	Este progenitor possui invalidez e/ou é veterano? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
A criança nasceu durante o casamento, ou no espaço de 300 dias após o casamento ter terminado por razão de morte ou divórcio? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, data de casamento ____/____/____	Os pais da(s) criança(s) estão <i>atualmente</i> casados um com o outro? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se não, data do divórcio ____/____/____	Estado civil do progenitor sem custódia <input type="checkbox"/> Nunca Casou <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viúvo/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Desconhecido	
Progenitor(es) sem custódia Raça: Etnia: Cor de cabelo: Altura: Peso: Cidade de nascimento: Estado de nascimento:			
O progenitor sem custódia alguma vez esteve preso? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, data de início de prisão: ____/____/____	Data de fim de prisão: ____/____/____	
Um progenitor da(s) criança(s) faleceu? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, data da morte do progenitor falecido: ____/____/____		
Filho(s) deste progenitor sem custódia a viver no agregado familiar do candidato. Apelido Primeiro nome Inicial do segundo nome do filho/a	Estado de nascimento	O tribunal ordenou pagamento de pensão de alimentos de menores, cobertura de saúde ou reconhecimento de paternidade? (Se sim, assinale o tipo de cobertura e data.)	
1.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Pensão Cobertura de saúde Paternidade <input type="checkbox"/> Data ____/____/____ <input type="checkbox"/> Data ____/____/____ <input type="checkbox"/> Data ____/____/____	
2.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Pensão Cobertura de saúde Paternidade <input type="checkbox"/> Data ____/____/____ <input type="checkbox"/> Data ____/____/____ <input type="checkbox"/> Data ____/____/____	
3.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Pensão Cobertura de saúde Paternidade <input type="checkbox"/> Data ____/____/____ <input type="checkbox"/> Data ____/____/____ <input type="checkbox"/> Data ____/____/____	

Pedimos informação sobre o progenitor sem custódia para que possamos procurar obter dele/a a pensão de alimentos de menores. Se receia que você ou o seu filho possam ser prejudicados pelo progenitor sem custódia caso nos ajude neste processo, poderá não ser obrigado a cooperar. Iremos encaminhá-la para um agente de programa de apoio a vítimas de violência doméstica, com quem possa discutir a situação e que a possa ajudar a planear a sua segurança. **Assinale esta caixa se receie pela segurança, sua e do(s) seu(s) filho(s), caso nos ajude a obter a pensão de alimentos de menores:**

### Progenitor 3:

Progenitor sem custódia / Falecido - Apelido	Primeiro nome	MI	Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	N.º de Seg. Social do Progenitor sem custódia/falecido ____/____/____	Data de nascimento ____/____/____
--	---------------	----	---	--	--------------------------------------

Endereço do progenitor sem custódia	Número de telefone do progenitor sem custódia
-------------------------------------	---

Nome da entidade patronal	Endereço da entidade patronal	Este progenitor possui invalidez e/ou é veterano? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
A criança nasceu durante o casamento, ou no espaço de 300 dias após o casamento ter terminado por razão de morte ou divórcio? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, data de casamento ____/____/____	Os pais da(s) criança(s) estão <i>atualmente</i> casados um com o outro? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se não, data do divórcio ____/____/____	Estado civil do progenitor sem custódia <input type="checkbox"/> Nunca Casou <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viúvo/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Desconhecido

Progenitor(es) sem custódia	Raça:	Etnia:	Cor de cabelo:	Altura:	Peso:	Cidade de nascimento:	Estado de nascimento:
-----------------------------	-------	--------	----------------	---------	-------	-----------------------	-----------------------

O progenitor sem custódia alguma vez esteve preso? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, data de início de prisão: ____/____/____	Data de fim de prisão: ____/____/____
---	---	--

Um progenitor da(s) criança(s) faleceu? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, data da morte do progenitor falecido: ____/____/____
--	---

Filho(s) deste progenitor sem custódia a viver no agregado familiar do candidato. Apelido Primeiro nome Inicial do segundo nome do filho/a	Estado de nascimento	O tribunal ordenou pagamento de pensão de alimentos de menores, cobertura de saúde ou reconhecimento de paternidade? (Se sim, assinale o tipo de cobertura e data.)
---	----------------------	---

1.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Pensão	<input type="checkbox"/>	Data ____/____/____
		Cobertura de saúde	<input type="checkbox"/>	Data ____/____/____
		Paternidade	<input type="checkbox"/>	Data ____/____/____
2.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Pensão	<input type="checkbox"/>	Data ____/____/____
		Cobertura de saúde	<input type="checkbox"/>	Data ____/____/____
		Paternidade	<input type="checkbox"/>	Data ____/____/____
3.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Pensão	<input type="checkbox"/>	Data ____/____/____
		Cobertura de saúde	<input type="checkbox"/>	Data ____/____/____
		Paternidade	<input type="checkbox"/>	Data ____/____/____

Pedimos informação sobre o progenitor sem custódia para que possamos procurar obter dele/a a pensão de alimentos de menores. Se receia que você ou o seu filho possam ser prejudicados pelo progenitor sem custódia caso nos ajude neste processo, poderá não ser obrigado a cooperar. Iremos encaminhá-la para um agente de programa de apoio a vítimas de violência doméstica, com quem possa discutir a situação e que a possa ajudar a planear a sua segurança. **Assinale esta caixa se receie pela segurança, sua e do(s) seu(s) filho(s), caso nos ajude a obter a pensão de alimentos de menores:**

### Pessoa 4:

Progenitor sem custódia / Falecido - Apelido	Primeiro nome	MI	Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	N.º de Seg. Social do Progenitor sem custódia/falecido ____/____/____	Data de nascimento ____/____/____
--	---------------	----	---	--	--------------------------------------

Endereço do progenitor sem custódia	Número de telefone do progenitor sem custódia
-------------------------------------	---

Nome da entidade patronal	Endereço da entidade patronal	Este progenitor possui invalidez e/ou é veterano? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
A criança nasceu durante o casamento, ou no espaço de 300 dias após o casamento ter terminado por razão de morte ou divórcio? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, data de casamento ____/____/____	Os pais da(s) criança(s) estão <i>atualmente</i> casados um com o outro? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se não, data do divórcio ____/____/____	Estado civil do progenitor sem custódia <input type="checkbox"/> Nunca Casou <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viúvo/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Desconhecido

Progenitor(es) sem custódia					
Raça:	Etnia:	Cor de cabelo:	Altura:	Peso:	Cidade de nascimento: Estado de nascimento:
O progenitor sem custódia alguma vez esteve preso? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Se sim, data de início de prisão: ____/____/____		Data de fim de prisão: ____/____/____	
Um progenitor da(s) criança(s) faleceu? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Se sim, data da morte do progenitor falecido: ____/____/____			
Filho(s) deste progenitor sem custódia a viver no agregado familiar do candidato. Apelido Primeiro nome Inicial do segundo nome do filho/a		Estado de nascimento	O tribunal ordenou pagamento de pensão de alimentos de menores, cobertura de saúde ou reconhecimento de paternidade? (Se sim, assinale o tipo de cobertura e data.)		
1.		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Pensão Cobertura de saúde Paternidade	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Data ____/____/____ Data ____/____/____ Data ____/____/____
2.		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Pensão Cobertura de saúde Paternidade	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Data ____/____/____ Data ____/____/____ Data ____/____/____
3.		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Pensão Cobertura de saúde Paternidade	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Data ____/____/____ Data ____/____/____ Data ____/____/____
Pedimos informação sobre o progenitor sem custódia para que possamos procurar obter dele/a a pensão de alimentos de menores. Se receia que você ou o seu filho possam ser prejudicados pelo progenitor sem custódia caso nos ajude neste processo, poderá não ser obrigado a cooperar. Iremos encaminhá-la para um agente de programa de apoio a vítimas de violência doméstica, com quem possa discutir a situação e que a possa ajudar a planear a sua segurança. <b>Assinale esta caixa se receie pela segurança, sua e do(s) seu(s) filho(s), caso nos ajude a obter a pensão de alimentos de menores:</b> <input type="checkbox"/>					

28

SNAP

Você, ou algum membro do seu agregado familiar, alguma vez foi condenado por alguma das ofensas listadas a seguir?  SIM  NÃO

Se sim, preencha as caixas abaixo para cada membro do agregado familiar que tenha sido condenado por um delito e assinale a caixa do delito correspondente, do lado direito.

Apelido Primeiro nome Inicial do segundo nome	Assinale abaixo a(s) caixa(s) aplicável/eis.
	<input type="checkbox"/> Trocar benefícios SNAP por drogas, após 22 de setembro de 1996? <input type="checkbox"/> Comprar ou vender benefícios SNAP de valor superior a \$500 depois de 22 de setembro de 1996? <input type="checkbox"/> Receber ilicitamente benefícios SNAP em duplicado, em qualquer estado, depois de 22 de setembro de 1996? <input type="checkbox"/> Trocar benefícios SNAP por armas, munições ou explosivos, após 22 de setembro de 1996?

29

SNAP

Você, ou algum membro do seu agregado familiar, alguma vez foi proibido de participar no programa SNAP/Senhas de alimentos em outro estado?

SIM  NÃO

Se sim, preencha as caixas abaixo para cada membro do agregado familiar.

Apelido Primeiro nome Inicial do segundo nome	Data	Estado

**30****RIW****CCAP****GPA****SSP****LTSS****EAD****MPP****KB**

Você, o seu cônjuge, ou alguém no seu agregado familiar, possui e/ou tem registado em seu nome, qualquer veículo? SIM NÃO  
 Se sim, preencha as caixas abaixo para cada veículo. Exemplos: carro, barco, caravana, *snowmobile*, *truck*, motociclo

**Veículo 1:**

Apelido	Primeiro	Inicial do	Tipo de veículo	Marca	Modelo	Ano
Para que é utilizado o veículo? (por exemplo, para trabalho, uso quotidiano, transporte para membro do agregado familiar com invalidez)			Quantia em dívida \$	Matrícula	ID do veículo (VIN)	
Nome da seguradora:						
O veículo está registado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	O veículo produz rendimentos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Atualmente está em posse do veículo? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Partilha a propriedade do veículo com outra pessoa? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			Se sim, diga o nome do co-proprietário do veículo:			

**Veículo 2:**

Apelido	Primeiro	Inicial do	Tipo de veículo	Marca	Modelo	Ano
Para que é utilizado o veículo? (por exemplo, para trabalho, uso quotidiano, transporte para membro do agregado familiar com invalidez)			Quantia em dívida \$	Matrícula	ID do veículo (VIN)	
Nome da seguradora:						
O veículo está registado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	O veículo produz rendimentos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Atualmente está em posse do veículo? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Partilha a propriedade do veículo com outra pessoa? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			Se sim, diga o nome do co-proprietário do veículo:			

**31****RIW****CCAP****GPA****SSP****LTSS****EAD****MPP****KB**

Certos recursos/ativos, tais como contas bancárias, podem contar para a sua elegibilidade, dependendo do programa a que estiver a candidatar-se. Certos recursos/ativos podem não contar, tais como uma casa e um lote onde vive e os recursos das pessoas que recebem Rendimento de segurança suplementar.

**Exemplos** de coisas de que é proprietário incluem, entre outros: Numerário em mãos, conta à ordem, conta de poupanças, fundos fiduciários, CD (certificados de depósito, direitos de autor, seguro de vida ou de funeral, ações ou obrigações, conta de reforma, gado, casa/terreno (não ocupados), direito de usufruto vitalício, fundos mútuos

Você, o seu cônjuge, ou alguém no seu agregado familiar, tem recursos/ativos? SIM NÃO

Se sim, preencha as caixas abaixo para cada recurso/ativo que você ou alguém no seu agregado familiar tenham.

Recurso ou ativo	É propriedade de quem?	Valor	Nome do banco ou empresa, se aplicável
		\$ _____ Produz rendimentos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
		\$ _____ Produz rendimentos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
		\$ _____ Produz rendimentos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
		\$ _____ Produz rendimentos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

**32****RIW CCAP GPA SSP LTSS EAD MPP KB**

Você, o seu cônjuge, ou alguém no seu agregado familiar, recebeu o pagamento de uma prestação única, tal como paga pela Segurança Social, Reforma, Sobrevivência e Invalidez (RSDI) nos últimos 6 meses? SIM NÃO

Se sim, preencha as caixas abaixo para cada pagamento de prestação única.

**Pessoa 1**

Apelido	Primeiro Nome	Inicial do segundo	Tipo de pagamento	Data em que foi recebido ____/____/____
Montante da prestação única \$ _____	A prestação única tem propriedade conjunta? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, quem é o/a co-proprietário/a?		

**Pessoa 2**

Apelido	Primeiro Nome	Inicial do segundo	Tipo de pagamento	Data em que foi recebido ____/____/____
Montante da prestação única \$ _____	A prestação única tem propriedade conjunta? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, quem é o/a co-proprietário/a?		

**33****RIW CCAP GPA SSP LTSS MPP KB**

Você, o seu cônjuge, ou alguém em seu nome (incluindo um tribunal) criou um fundo fiduciário ou depositou dinheiro, ou outro recurso, num fundo fiduciário nos últimos sessenta (60) meses? SIM NÃO

Alguna propriedade saiu de um fundo fiduciário nos últimos sessenta (60) meses? SIM NÃO

Se sim, tem de fornecer cópias do fundo fiduciário e descrever todas as transações do género - entrada ou saída do fundo fiduciário. Preencha as caixas abaixo.

Criado por	Data de criação	Montante
	____/____/____	\$ _____

**34****RIW EAD LTSS MPP**

Você, o seu cônjuge, ou alguém do seu agregado familiar, deu, vendeu, ou transferiu para alguma pessoa ou entidade, quaisquer itens de valor nos últimos sessenta (60) meses? SIM NÃO

*Se estiver a candidatar-se apenas para RIW, responda "sim" à pergunta apenas se tiver transferido os itens de valor durante o mês em que está a candidatar-se para receber benefícios. Se estiver a candidatar-se apenas a benefícios SNAP e lhe for pedido que responda a esta pergunta, indique os itens de valor que foram transferidos nos últimos três (3) meses.*

Se sim, preencha as caixas abaixo.

Item transferido	Transferido para quem?	\$ Valor	Data da transferência

**35****SNAP**

Você, ou alguém no agregado familiar, se despediu de um emprego nos últimos sessenta (60) dias, ou alguém está em greve? SIM NÃO

Se sim, preencha as caixas abaixo.

Apelido	Primeiro nome	Inicial do segundo nome	Razão para se despedir	Data em que se despediu/Data de início da greve ____/____/____
Nome da entidade patronal			Endereço da entidade patronal	

36

RIW

SNAP

CCAP

GPA

SSP

ACC

LTSS

EAD

MPP

KB

Você, o seu cônjuge, ou alguém no seu agregado familiar, recebe rendimentos de uma renda? SIM NÃO

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

Apelido		Primeiro nome		Inicial do segundo		Número de unidades		A pessoa vive aqui? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
Horas por semana em manutenção da propriedade: _____				Total de renda recebida \$ _____ por _____				Este rendimento continuará nos meses seguintes? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
Despesa de arrendamento		Com que frequência?		Despesa de arrendamento		Com que frequência?		Despesa de arrendamento		Com que frequência?	
Hipoteca \$ _____		_____		Água \$ _____		_____		Eletricidade \$ _____		_____	
Impostos \$ _____		_____		Esgotos \$ _____		_____		Óleo \$ _____		_____	
				Lixo \$ _____		_____		Reparações \$ _____		_____	
				Gás \$ _____		_____		Outro \$ _____		_____	

37

RIW

SNAP

CCAP

GPA

SSP

ACC

LTSS

EAD

MPP

KB

Você, o seu cônjuge, ou alguém no seu agregado familiar, recebe rendimentos de aluguer de quartos e/ou fornecimento de refeições? SIM NÃO

Se sim, preencha as caixas abaixo. Anexe documentação se desejar pedir reembolso de despesas reais.

Nome da pessoa que recebe os pagamentos: Apelido Primeiro nome Inicial do segundo nome			Número de horas de trabalho por semana:		
			Este rendimento será recebido nos próximos meses? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
Nomes dos hóspedes, quem paga por refeições		Montante recebido/ Com que frequência	Inclui (assinale as caixas)		Data em que foi recebido
		\$ _____ por _____	Apenas quarto Alimentação (1 - 2 refeições) <input type="checkbox"/> Alimentação (3 refeições) <input type="checkbox"/>		____/____/____
		\$ _____ por _____	Apenas quarto Alimentação (1 - 2 refeições) <input type="checkbox"/> Alimentação (3 refeições) <input type="checkbox"/>		____/____/____
		\$ _____ por _____	Apenas quarto Alimentação (1 - 2 refeições) <input type="checkbox"/> Alimentação (3 refeições) <input type="checkbox"/>		____/____/____
Despesas: \$ _____ por _____			Tipo(s) de despesas:		

(\*Se comunicar e fornecer provas das despesas que listar em 38-42, isso poderá ajudá-lo a obter mais benefícios SNAP e poderá afetar a sua elegibilidade. Se não comunicar uma despesa ou não fornecer prova da mesma, iremos assumir que não deseja que esta despesa seja considerada.)

Você, o seu cônjuge, ou alguém no seu agregado familiar, paga a alguém para tomar cuidado de crianças, idosos, ou adultos com invalidez, para poder trabalhar, receber formação, procurar trabalho ou ter aulas? SIM NÃO

EXEMPLOS: Pagamentos feitos a prestadores de cuidados a crianças ou adultos, por cuidados diurnos; Pagamentos feitos a programas de ocupação antes e depois das aulas; Despesas de campo de férias; Custos de transporte de e para os prestadores de cuidados a crianças/adultos

Se sim, preencha as caixas abaixo para cada pessoa por quem pagou pelos cuidados.

**Pessoa 1:**

Nome da pessoa que paga os cuidados	Os cuidados diurnos são necessários porque ele/a está: <input type="checkbox"/> A trabalhar <input type="checkbox"/> Na escola/em formação <input type="checkbox"/> À procura de trabalho	Este custo é subsidiado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, montante do subsídio? \$ _____ por _____
Nome da pessoa a receber cuidados	Adulto/Criança <input type="checkbox"/> Adulto <input type="checkbox"/> Criança	Valor de pagamento direto ou co-pagamento \$ _____ por _____	Este custo irá continuar? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Nome do prestador de cuidados		Endereço do prestador	

**Pessoa 2:**

Nome da pessoa que paga os cuidados	Os cuidados diurnos são necessários porque ele/a está: <input type="checkbox"/> A trabalhar <input type="checkbox"/> Na escola/em	Este custo é subsidiado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, montante do subsídio? \$ _____ por _____
Nome da pessoa a receber cuidados	Adulto/Criança <input type="checkbox"/> Adulto <input type="checkbox"/> Criança	Valor de pagamento direto ou co-pagamento \$ _____ por _____	Este custo irá continuar? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Nome do prestador de cuidados		Endereço do prestador	

Existe alguém no agregado familiar que tenha sessenta (60) anos ou mais (65 anos ou mais se estiver a candidatar-se a EAD/LTSS) ou que seja inválido, que incorra em pagamento de, ou tenha por pagar, quaisquer despesas médicas não abrangidas por seguro de saúde? SIM NÃO

EXEMPLOS: Prémios de seguros de saúde Ajudas à audição Cuidados dentários Medicamentos receitados Prémios de Medicare Óculos Contas de hospital Produtos/equipamento médico Transporte de e para tratamento ou serviços médicos

Se sim, preencha as caixas abaixo para cada pessoa que tem despesas médicas ou por cada despesa médica.

**Pessoa 1/Despesa 1:**

Apelido	Primeiro nome	Inicial do segundo nome	Tipo de despesa médica	Montante envolvido \$
				Com que frequência?
A despesa médica está em dívida? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	A despesa é paga a:		Data do serviço / /	Quando calcula que isto termine? / /

**Pessoa 2/Despesa 2:**

Apelido	Primeiro nome	Inicial do segundo nome	Tipo de despesa médica	Montante envolvido \$
				Com que frequência?
A despesa médica está em dívida? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	A despesa é paga a:		Data do serviço / /	Quando calcula que isto termine? / /

**Pessoa 3/Despesa 3:**

Apelido	Primeiro nome	Inicial do segundo nome	Tipo de despesa médica	Montante envolvido \$
				Com que frequência?
A despesa médica está em dívida? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	A despesa é paga a:		Data do serviço / /	Quando calcula que isto termine? / /

**40****SNAP****ACC**

Você, o seu cônjuge, ou alguém no seu agregado familiar, paga pensão de alimentos de menores, pensão de alimentos de ex-cônjuge, por qualquer pessoa que não viva neste agregado familiar? SIM NÃO

Se estiver a candidatar-se apenas a **ACC**, tem de responder a esta pergunta apenas se pagar pensão de alimentos a ex-cônjuge.

Se sim, preencha as caixas abaixo sobre cada pessoa que paga pensão de alimentos de menores ou a ex-cônjuge.

Pessoa 1:

Apelido	Primeiro nome	Inicial do segundo nome	Quem é a pessoa que reclama o pagamento / Quem é a pessoa que recebe?	
Valor pago \$ _____ por _____	Tipo de pedido/pensão <input type="checkbox"/> Pensão de alimentos de menores <input type="checkbox"/> Pensão medica <input type="checkbox"/> Pensão de alimentos de ex-cônjuge		Esta despesa foi decretada por um tribunal? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	

Pessoa 2:

Apelido	Primeiro nome	Inicial do segundo nome	Quem é a pessoa que reclama o pagamento / Quem é a pessoa que recebe?	
Valor pago \$ _____ por _____	Tipo de pedido/pensão <input type="checkbox"/> Pensão de alimentos de menores <input type="checkbox"/> Pensão medica <input type="checkbox"/> Pensão de alimentos de ex-cônjuge		Esta despesa foi decretada por um tribunal? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	

**41****RIW****SNAP****LTSS**

Você, o seu cônjuge, ou alguém no seu agregado familiar, tem contas de habitação a pagar? SIM NÃO

**EXEMPLOS:** Renda, ou parte de uma renda de um apartamento, casa, caravana ou abrigo onde vive      seguro de proprietário de casa  
hipoteca    aluguer de terreno    impostos de propriedade    taxas de avaliação      pagamentos de caravana    taxas de  
condomínio/associação

Se sim, preencha as caixas abaixo para cada pessoa que paga despesas de habitação.

Apelido segundo nome	Primeiro nome	Inicial do	Total de renda ou hipoteca/Com que frequência	Valor pago por si \$ _____	Tipo de abrigo
			\$ _____ / _____		
Alguém partilha o custo da despesa de habitação? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		Se sim, Nome: _____ Valor \$ _____			
Se renda, incluído na renda: <input type="checkbox"/> Aquecimento <input type="checkbox"/> Serviços utilitários		Se renda, a renda é subsidiada? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		Se sim, o montante do subsídio é \$ _____	Tipo de subsídio
Se renda, nome do senhorio:				Número de telefone do senhorio	
Endereço do senhorio:					
Despesas mensais de proprietário de casa: Primeira hipoteca			Despesas mensais de proprietário de casa: Segunda hipoteca		
Principal \$ _____ Juros \$ _____ Inclui: <input type="checkbox"/> Impostos <input type="checkbox"/> Seguro Impostos \$ _____ Seguro \$ _____ Aluguer de terreno \$ _____ Outro \$ _____			Principal \$ _____ Juros \$ _____ Inclui: <input type="checkbox"/> Impostos <input type="checkbox"/> Seguro Impostos \$ _____ Seguro \$ _____ Aluguer de terreno \$ _____ Outro \$ _____		

42

SNAP

LTSS

Você, ou alguém do seu agregado familiar, recebeu subsídio de aquecimento para agregados de baixos rendimentos, nos últimos 12 meses? SIM NÃO

Você, ou alguém do seu agregado familiar, paga a totalidade ou parte dos combustíveis ou serviços utilitários listados a seguir? SIM NÃO

Se sim, preencha as caixas abaixo, indicando que combustíveis/serviços utilitários são pagos e que montante.

Aquecimento ou arrefecimento? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Incluído na renda? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Telefone? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Se Sim, montante: \$ _____ por _____	Eletricidade? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Se Sim, montante: \$ _____ por _____
Água? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Se Sim, montante: \$ _____ por _____	Esgotos? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Se Sim, montante: \$ _____ por _____	Lixo? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Se Sim, montante: \$ _____ por _____

43

EAD

Depois de abril de 1977, alguma vez recebeu um pagamento de SSI ao mesmo tempo que recebeu pagamento de segurança social, ou recebeu SSI no mês imediatamente antes de começar a receber segurança social? SIM NÃO

Se sim, preencha as caixas abaixo.

Apelido	Primeiro nome	Inicial do segundo nome	Em que anos recebeu

44

ACC

#### CONSENTIMENTO PARA UTILIZAÇÃO DOS DADOS DE RENDIMENTOS

A FIM DE DETERMINAR A SUA ELEGIBILIDADE PARA RECEBER AJUDA PARA PAGAR A SUA COBERTURA DE SAÚDE, IREMOS USAR DADOS DE RENDIMENTOS, INCLUINDO INFORMAÇÃO DAS DECLARAÇÕES FISCAIS. RECEBERÁ UM AVISO COM A DETERMINAÇÃO DA SUA ELEGIBILIDADE, E EM QUALQUER ALTURA PODERÁ EFETUAR ALTERAÇÕES PARA ATUALIZAR A INFORMAÇÃO DE RENDIMENTOS USADA, PARA TAL CONTACTANDO A HEALTHSOURCE RI. ASSINALE UMA DAS CAIXAS ABAIXO:

- CONCORDO EM DAR O MEU CONSENTIMENTO PARA UTILIZAÇÃO DOS DADOS DE RENDIMENTO
- NÃO DOU O MEU CONSENTIMENTO E ENTENDO QUE ISTO IRÁ AFETAR A MINHA ELEGIBILIDADE PARA RECEBER AJUDA PARA PAGAR COBERTURA DE SAÚDE.

PODE OPTAR POR QUE ESTE CONSENTIMENTO SEJA RENOVADO AUTOMATICAMENTE POR UM, DOIS, TRÊS, QUATRO OU CINCO ANOS. SELECIONAR UM PERÍODO DE TEMPO MAIS LONGO PODE FACILITAR-NOS A DETERMINAÇÃO DA SUA ELEGIBILIDADE EM ANOS FUTUROS. QUEIRAM RENOVAR A MINHA ELEGIBILIDADE PELOS SEGUINTE (ASSINALAR UMA OPÇÃO):

- 5 ANOS (ESTE É O PERÍODO MÁXIMO DE RENOVAÇÃO AUTOMÁTICO)  4 ANOS  3 ANOS  2 ANOS  1 ANO

ENTENDO QUE SE RECEBER AJUDA FINANCEIRA PARA REDUZIR OS CUSTOS DE COBERTURA DE SAÚDE PARA MIM E PARA OS MEUS DEPENDENTES:

- ✓ TENHO DE ENTREGAR UMA DECLARAÇÃO DE IMPOSTOS NO ANO APÓS O MEU ANO DE COBERTURA, RELATIVAMENTE AO ANO FISCAL DURANTE O QUAL RECEBI COBERTURA.
- ✓ SE ESTIVER CASADO NO FINAL DO ANO DE COBERTURA, TENHO DE ENTREGAR UMA DECLARAÇÃO DE IMPOSTOS CONJUNTA COM O MEU CÔNJUGE.

ESPERO TAMBÉM QUE:

- ✓ MAIS NINGUÉM POSSA REFERIR-ME COMO SEU DEPENDENTE PARA A SUA COBERTURA NA DECLARAÇÃO DE IMPOSTOS ANUAL.
- ✓ IREI REQUERER DEDUÇÃO DE ISENÇÃO PESSOAL NA MINHA DECLARAÇÃO DE RENDIMENTOS RELATIVA AO ANO DE COBERTURA, PARA QUALQUER INDIVÍDUO LISTADO NESTA CANDIDATURA COMO DEPENDENTE QUE ESTEJA INSCRITO EM COBERTURA E QUE RECEBA AJUDA FINANCEIRA PARA ESTA COBERTURA.

SE QUALQUER DAS CONDIÇÕES ACIMA FOR ALTERADA, COMPREENDO QUE ISSO PODE AFETAR A MINHA CAPACIDADE DE OBTER CRÉDITO ANTECIPADO DE IMPOSTOS SOBRE PRÉMIO.

ENTENDO TAMBÉM QUE QUANDO ENTREGAR A MINHA DECLARAÇÃO FISCAL DE RENDIMENTOS RELATIVA AO ANO DE COBERTURA, A ADMINISTRAÇÃO FISCAL (IRS) IRÁ COMPARAR O RENDIMENTO DA MINHA DECLARAÇÃO FISCAL DE RENDIMENTOS COM OS RENDIMENTOS DECLARADOS NA MINHA CANDIDATURA. ENTENDO QUE SE O RENDIMENTO DECLARADO NA DECLARAÇÃO FISCAL DE RENDIMENTOS FOR INFERIOR AO MONTANTE DE RENDIMENTO DECLARADO NA MINHA CANDIDATURA, PODEREI SER ELEGÍVEL PARA OBTER CRÉDITO DE IMPOSTOS ADICIONAL. POR OUTRO LADO, ENTENDO QUE SE O RENDIMENTO DECLARADO NA DECLARAÇÃO FISCAL DE RENDIMENTOS FOR SUPERIOR AO MONTANTE DE RENDIMENTO DECLARADO NA MINHA CANDIDATURA, PODEREI TER DE PAGAR IMPOSTOS ADICIONAIS SOBRE O RENDIMENTO.

#### CONSENTIMENTO DE VERIFICAÇÃO DE IDENTIDADE

PARA PROTEGER A SUA PRIVACIDADE, TERÁ DE CONCLUIR COM SUCESSO UMA VERIFICAÇÃO DE IDENTIDADE ANTES DE PODER CRIAR UMA CONTA ONLINE CONOSCO E OBTER ACESSO A CERTAS INFORMAÇÕES QUE A SUA CONTA TERÁ. AO CLICAR NA CAIXA "CONCORDO" ESTÁ A DAR O SEU

CONSENTIMENTO PARA QUE O EXPERIAN TENHA ACESSO À SUA INFORMAÇÃO PESSOAL PARA EFETUAR UMA VERIFICAÇÃO DE IDENTIDADE EM NOME DO CMS E DO ESTADO DE RHODE ISLAND.

- CONCORDO EM DAR O MEU CONSENTIMENTO AO EXPERIAN PARA EFETUAR UMA VERIFICAÇÃO DE IDENTIDADE
- NÃO DOU O MEU CONSENTIMENTO E ENTENDO QUE ISTO IRÁ AFETAR A MINHA ELEGIBILIDADE PARA RECEBER AJUDA PARA PAGAR COBERTURA DE SAÚDE.

CERTIFIQUE-SE DE TER ESCRITO CORRETAMENTE O SEU NOME LEGAL, ATUAL MORADA, PRINCIPAL NÚMERO DE TELEFONE, DATA DE NASCIMENTO E ENDEREÇO DE EMAIL. PARA ACESSO À CONTA ONLINE, APENAS IREMOS RECOLHER INFORMAÇÃO PESSOAL PARA VERIFICAR A SUA IDENTIDADE COM O EXPERIAN, UM PRESTADOR EXTERNO DE SERVIÇOS DE VERIFICAÇÃO DE IDENTIDADE. A VERIFICAÇÃO DE IDENTIDADE IMPLICA QUE O EXPERIAN USE INFORMAÇÃO DO SEU PERFIL DE RELATÓRIO DE CONSUMIDOR PARA AJUDAR A CONFIRMAR A SUA IDENTIDADE. COMO RESULTADO, PODERÁ VER UMA ENTRADA CHAMADA "SOFT INQUIRY" NO SEU RELATÓRIO DE CONSUMIDOR EXPERIAN. AS "SOFT INQUIRIES" SÃO VISÍVEIS APENAS PARA SI, NUNCA SERÃO APRESENTADAS A TERCEIROS E NÃO AFETAM A SUA AVALIAÇÃO DE RISCO DE CRÉDITO. A SOFT INQUIRY TERÁ O TÍTULO "CMS PROOFING SERVICES" (SERVIÇOS DE PROVA CMS) E SERÁ REMOVIDA DO SEU RELATÓRIO DE CONSUMIDOR EXPERIAN APÓS 25 MESES. PODERÁ PRECISAR DE ACEDER À SUA INFORMAÇÃO PESSOAL E DE RELATÓRIO DE CONSUMIDOR, UMA VEZ QUE A APLICAÇÃO EXPERIAN IRÁ FAZER-LHE PERGUNTAS COM BASE NOS DADOS NOS FICHEIROS DELES.

### O SEU CONSENTIMENTO PARA PARTILHAR DADOS PARA DECISÕES DE ELEGIBILIDADE

PODEMOS AJUDÁ-LO MELHOR SE PUDERMOS TRABALHAR COM OUTRAS AGÊNCIAS E PROFISSIONAIS QUE O CONHEÇAM A SI E À SUA FAMÍLIA. AO ASSINALAR A CAIXA CONCORDO ESTÁ A DAR PERMISSÃO PARA QUE OBTENHAMOS, USEMOS E PARTILHEMOS INFORMAÇÃO CONFIDENCIAL SOBRE SI PROVENIENTE DE UMA VARIEDADE DE FONTES, INCLUINDO O DEPARTAMENTO DE TRABALHO E FORMAÇÃO DE R.I., O DEPARTAMENTO DE SERVIÇOS HUMANOS DE R.I., O GABINETE EXECUTIVO DE SAÚDE E RECURSOS HUMANOS DE R.I., O DEPARTAMENTO DE SAÚDE DE R.I., O DEPARTAMENTO DE CORREÇÕES DE R.I. E O EXPERIAN EM NOME DOS CENTROS DE SERVIÇOS MEDICAID E MEDICARE E A ADMINISTRAÇÃO DE SEGURANÇA SOCIAL.

NÃO IREMOS RECUSAR-LHE QUAISQUER BENEFÍCIOS OU ACESSO A QUAISQUER PROGRAMAS A QUE TENHA DIREITO APENAS POR NÃO NOS DAR PERMISSÃO PARA OBTEN, USAR E PARTILHAR INFORMAÇÃO CONFIDENCIAL; CONTUDO, NÃO PODEREMOS AJUDÁ-LO A OBTEN ACESSO A CERTOS PROGRAMAS E BENEFÍCIOS PARA OS QUAIS PODERÁ SER ELEGÍVEL, SE NÃO TIVERMOS O SEU CONSENTIMENTO PARA OBTEN E PARTILHAR INFORMAÇÃO. O SEU CONSENTIMENTO É NECESSÁRIO PARA DETERMINAR A SUA ELEGIBILIDADE.

PODE CONTINUAR A PROCURAR E ADQUIRIR COBERTURA DE SEGURO DE SAÚDE SEM DAR ESTE CONSENTIMENTO, CONTACTANDO O NOSSO CENTRO DE CONTACTO ATRAVÉS DO 1-855-840-HSRI (4774), MAS SE GOSTARIA DE SABER SE É ELEGÍVEL PARA AJUDA FINANCEIRA PARA ADQUIRIR COBERTURA, SE FOR ELEGÍVEL PARA MEDICAID, SERÁ NECESSÁRIO DAR ESTE CONSENTIMENTO.

TODA A PARTILHA E UTILIZAÇÃO DA INFORMAÇÃO QUE ESTÁ A AUTORIZAR AO ASSINALAR A CAIXA "CONCORDO", SERÁ FEITA DE ACORDO COM TODAS AS LEIS E REGULAMENTOS ESTADUAIS E FEDERAIS QUE PROTEGEM A SUA PRIVACIDADE, INCLUINDO, ENTRE OUTRAS: A LEI DE RESPONSABILIDADE E PORTABILIDADE DE SEGURO DE SAÚDE (HEALTH INSURANCE PORTABILITY AND ACCOUNTING ACT) DE 1996 (PUB. L. 104-191 CONHECIDA COMO HIPAA); A LEGISLAÇÃO DE CONFIDENCIALIDADE DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE (CONFIDENTIALITY OF HEALTH CARE COMMUNICATIONS AND INFORMATION) DE R.I (R.I.G.L. 5-37.3-1 ET SEQ.); R.I.G.L. 28-32-5, 28-36-12, 28-42-38, 28-39-19, 28-39-22, 40.1-5-26, 23-3-23, 42-12-22, 40-6-12 E TODAS AS OUTRAS LEIS E REGULAMENTOS APLICÁVEIS. A INFORMAÇÃO SERÁ PARTILHADA POR TRANSFERÊNCIA INFORMÁTICA.

AO ASSINALAR A CAIXA CONCORDO, "CONSINTO NA OBTENÇÃO E UTILIZAÇÃO DA INFORMAÇÃO CONFIDENCIAL SOBRE MIM PARA DETERMINAR A MINHA ELEGIBILIDADE PARA INSCRIÇÃO EM COBERTURA DE SEGURO DE SAÚDE DE FINANCIAMENTO PÚBLICO, OU EM OUTROS PROGRAMAS DE FINANCIAMENTO PÚBLICO ADMINISTRADOS ATRAVÉS DESTE SITE, PARA PLANEAR, PROVIDENCIAR E COORDENAR BENEFÍCIOS E PAGAMENTOS.

- CONCORDO EM DAR O MEU CONSENTIMENTO PARA PARTILHAR DADOS PARA DECISÕES DE ELEGIBILIDADE
- NÃO CONCORDO COM ESTE CONSENTIMENTO E ENTENDO QUE A MINHA ELEGIBILIDADE PARA CERTOS PROGRAMAS E APOIOS SERÁ AFETADA POR ESTA DECISÃO

LI OU EXPLICARAM-ME OS MEUS DIREITOS E RESPONSABILIDADES E ENTENDO QUE POSSO FICAR COMO UMA CÓPIA DOS DIREITOS E RESPONSABILIDADES (LISTADOS NAS PÁGINAS 27-31).  SIM  NÃO

### Apenas para Conselheiros de candidaturas, Navegadores, Agentes e Corretores certificados

Preencha esta secção se for um conselheiro de candidaturas, navegador, agente ou corretor certificado, que está a preencher esta candidatura para outra pessoa.

Data de início da candidatura: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Apelido \_\_\_\_\_ Primeiro nome \_\_\_\_\_ Inicial do segundo nome \_\_\_\_\_

Nome da organização \_\_\_\_\_

Número de ID (se aplicável) \_\_\_\_\_

**Leia os Direitos e responsabilidades nas páginas seguintes e ASSINE os Direitos e responsabilidades na página 31. A sua candidatura tem de ser assinada para ser válida.**

**Para uso apenas do Candidato/Beneficiário**

Use esta página para adicionar informação sobre as perguntas 1 até 44. Não se esqueça de incluir o número da pergunta.

Pergunta n.º \_\_\_\_\_ Página n.º \_\_\_\_\_

## DIREITOS E RESPONSABILIDADES

Dos Candidatos/Beneficiários do Programa RI Works (RIW), Programa de Assistência Nutricional Suplementar (SNAP - Supplemental Nutrition Assistance Program), Medicaid e Seguro de Saúde Privado com Ajuda Financeira, Assistência de Cuidados Infantis, Ajuda Pública Geral (GPA), Programa de Pagamento Suplementar Estatal SSI (SSP) de R.I.

### DIREITOS

**Tem o DIREITO** de solicitar e, se considerado elegível, de receber prestações Medicaid ou do Programa de Assistência Nutricional Suplementar, com base nas políticas e normas estabelecidas ao abrigo das leis e regulamentos estaduais e federais.

**Tem o DIREITO** de apelar e obter uma audiência administrativa justa se discordar de qualquer uma das ações da agência, ou se houver atrasos no processo da sua candidatura. As audiências são responsabilidade do Gabinete executivo de saúde e do gabinete de audiências de serviços humanos que foi pensado para servir como a entidade de apelação para todos os programas de serviços humanos e de saúde financiados por fundos públicos incluídos nesta candidatura. Se fizer um apelo, a sua audiência tem de decorrer rapidamente. Poderá ser representado por um advogado ou por qualquer outra pessoa nomeada para o representar. No caso de alguns programas, os seus benefícios ou serviços poderão continuar até que seja tomada uma decisão após a audiência, caso tenha apresentado recurso dentro de determinados prazos. Consulte a tabela abaixo para mais informação.

Programa	Deve submeter um recurso no prazo de:	Os benefícios continuarão se o recurso for apresentado no prazo de 10 dias após o aviso?
Seguro de saúde Medicaid/Provado com Ajuda financeira	35 dias após a data de aviso	Sim
SNAP	90 dias após a data da carta de aviso	Sim
CCAP	30 dias após a data da carta de aviso	Os benefícios poderão ser reduzidos até que seja tomada uma decisão de audiência.
GPA	10 dias após a data da carta de aviso	Sim, mas o pedido tem de ser feito por escrito.
Todos os outros programas	30 dias após a data da carta de aviso	Sim

**Tem o DIREITO** a tratamento não discriminatório. De acordo com a lei federal de direitos civis e as normas e políticas de direitos civis do departamento de agricultura dos Estados Unidos (U.S. Department of Agriculture (USDA)), o USDA, as suas agências, escritórios e funcionários, e instituições que participem em programas do USDA ou os administrem, estão proibidos de exercer discriminação com base na raça, cor, origem nacional, sexo, crença religiosa, invalidez, idade, crenças políticas, bem como represálias ou retaliações por anterior atividade de direitos civis em qualquer programa ou atividade conduzida ou financiada pelo USDA. As pessoas com deficiências que requeiram meios alternativos de comunicação para obterem informação sobre o programa (por exemplo, Braille, impressão em letra grande, gravação áudio, língua de sinais americana, etc.), devem contactar a Agência (estadual ou local) onde se candidataram a benefícios. Os indivíduos que sejam surdos, tenham má audição, ou dificuldades de fala, podem contactar a USDA através do Federal Relay Service (serviço federal de transmissão) através do (800) 877-8339. Adicionalmente, a informação sobre o programa poderá estar disponível em outras línguas além de inglês. Se desejar registar uma queixa de discriminação do programa, preencha o [Formulário de Queixa de Discriminação do Programa USDA](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), (AD-3027) online em [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) ou em qualquer escritório USDA, ou escreva uma carta endereçada ao USDA com toda a informação pedida no formulário. Para pedir uma cópia do formulário de queixa, ligue para (866) 632-9992. Envie a sua carta ou formulário preenchido para o USDA por: (1) correio: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; (2) fax: (202) 690-7442; ou (3) email: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov). Esta instituição é um prestador de serviços com igualdade de oportunidades.

Em conformidade com o Título VI da Lei dos Direitos Civis de 1964 (42 U.S.C. 2000d et seq.), Secção 504 da Lei de Reabilitação de 1973, como corrigido (29 U.S.C. 794); Lei de Americanos com Invalidez de 1990 (42 U.S.C. 12101 et seq.), e Título IX da Reforma Educativa de 1972 (20 U.S.C. 1681 et seq.); a Lei de Alimentação e Nutrição de 2008 (antiga Lei de Sinalas Alimentares), a Lei de Discriminação Etária de 1975; os regulamentos implementados do Departamento de Serviços de Saúde e Humanos dos EUA (45 C.F.R. Partes 80 e 84) e os regulamentos implementados do Departamento de Educação dos EUA (34 C.F.R. Partes 104 e 106); e o Departamento dos EUA de Serviços Agrícolas, Alimentares e Nutrição (7 C.F.R. 272.6); o EOHHS e o Departamento de Serviços Humanos (DHS) não discrimina com base na raça, cor, nacionalidade, invalidez, religião, crenças políticas, idade, religião ou género para a aceitação ou fornecimento de serviços, emprego ou tratamento, na sua educação e outras atividades de programa. Ao abrigo de outras disposições da lei aplicável, o EOHHS/DHS não discrimina com base na orientação sexual, identidade de género ou expressão sexual. Para mais informação sobre estas leis de não discriminação, regulamentos e procedimentos de queixa de discriminação para resolução de queixas de discriminação, contacte o DHS em 57 Howard Avenue, Cranston, Rhode Island 02920, número de telefone 462-2130 (para surdos/dificuldades auditivas ligar 462-6239 ou 711). O Oficial de Ligação para Relações Comunitárias é o coordenador para implementação do Título VI, o Administrador do Gabinete de Serviços de Reabilitação (ORS) ou o seu designado é o coordenador para a implementação do Título IX, Secção 504 e ADA. O Diretor do DHS ou a pessoa por si designada tem a responsabilidade geral de conformidade com todos os programas da agência. O Secretário do EOHHS é responsável por questões de discriminação relacionadas com Medicaid, pelo que quaisquer queixas relacionadas ser-lhe-ão comunicadas.

**Tem o DIREITO de confidencialidade. Ao abrigo da lei estatal, todas as agências que administram programas incluídos como parte desta candidatura estão sujeitas às leis e regulamentos estatais e federais no respeitante à utilização de informação sobre si e outros membros do seu agregado familiar apenas para objetivos diretamente relacionados com a administração de programas e em conformidade com as Normas da Lei de Responsabilidade e Portabilidade de Seguro de Saúde (HIPAA - Health Insurance Portability and Accountability Act), para Privacidade de Informação de Saúde Identificável Individualmente.** As restrições HIPAA proibem-nos de discutir informação de saúde sua ou de qualquer membro do seu agregado familiar com alguém, incluindo representante não autorizado, a não ser que esse indivíduo tenha procuração ou tenha assinado um formulário de consentimento que autorize a

divulgação desta informação. Isto inclui divulgação de informação de saúde mental, HIV, SIDA, resultados de teste de doenças sexualmente transmissíveis ou tratamento e serviços de dependência química.

Compreendo que ao assinar esta candidatura, estou a dar ao EOHHS e ao DHS o meu consentimento para utilizar ou divulgar informação de saúde protegida para os objetivos do tratamento, pagamento e operações de cuidados de saúde, em conformidade com os avisos aplicáveis da agência relativos a práticas de privacidade. O EOHSS e DHS não divulga informação sobre si ou outros elementos do seu agregado familiar sem o seu consentimento, exceto conforme nas Leis Gerais de Rhode Island 40-6-12, 40-6-12.1 e 42-7.2-5(13), regulamentos definidos no Código administrativo DHS e Códigos Medicaid de Regras administrativas. Qualquer pessoa considerada culpada por violar as provisões das Leis Gerais de Rhode Island 40-6-12 deve ser considerada culpada de contravenção. Os infratores estão sujeitos a uma multa máxima de duzentos dólares (\$200) ou prisão até seis (6) meses, ou ambos.

**Tem o DIREITO** de fazer uma candidatura conjunta para mais do que um programa, ou fazer uma candidatura separada para benefícios SNAP ou Medicaid sem se candidatar a outros benefícios de programa. Todos os benefícios SNAP, independentemente se são candidaturas conjuntas ou separadas, têm de ser processados para objetivos SNAP e Medicaid em conformidade com requisitos processual, de oportunidade, aviso e audições justas. Nenhum agregado familiar deve ter a sua candidatura SNAP ou Medicaid rejeitada apenas com base na sua candidatura para participar num outro programa ter sido negada ou os seus benefícios ao abrigo de outro programa terem terminado sem uma determinação separada pela agência apropriada que o agregado familiar não tenha satisfeito um requisito de elegibilidade SNAP ou Medicaid. Os agregados familiares que pedirem uma aplicação conjunta para SNAP e outro programa e cujos benefícios sejam rejeitados para o outro programa não terão de voltar a enviar a aplicação conjunta ou de pedir outra candidatura para SNAP, mas devem ver a sua elegibilidade SNAP determinada com base na candidatura conjunta em conformidade com os intervalos temporais de processamento SNAP a partir da data da candidatura conjunta ter sido aceite pelo Departamento.

**Tem o DIREITO** de se candidatar a serviços de aplicação de apoio através do Gabinete de Serviços de apoio infantil. Para obter uma candidatura para estes serviços, vá a <http://www.cse.ri.gov/> ou visite o seu Gabinete local de serviços de apoio infantil em 77 Dorrance St., Providence, RI 02903.

**Tem o DIREITO** de nomear um representante autorizado. Um representante autorizado é uma pessoa designada pelo chefe do agregado familiar ou cônjuge ou qualquer outro membro responsável pelo agregado familiar, para agir em nome do agregado familiar na candidatura aos benefícios de programa ou para a utilização dos benefícios. O representante autorizado para prestações pode, ou não, ser o mesmo indivíduo que foi designado como representante autorizado para o processo de requerimento ou para cumprir os requisitos de relatório. A designação do representante autorizado tem de ser feita por escrito.

**Caso se esteja a candidatar a cobertura de cuidados de saúde económicos Medicaid**, o EOHHS requer que o Departamento faça o seguinte:

- Dar-lhe trinta (30) dias para nos dar a informação de que precisamos para rever a sua elegibilidade. Se não nos der a informação ou pedir mais tempo, podemos rejeitar, fechar ou alterar a sua cobertura de cuidados de saúde.
- Iremos notificá-lo, na maioria dos casos, pelo menos dez (10) dias antes de interrompermos a sua cobertura de cuidados de saúde.
- Iremos dar-lhe uma decisão por escrito, na maioria dos casos, no prazo de trinta (30) dias. A cobertura de cuidados de saúde e alguns casos de invalidez podem demorar entre quarenta e cinco (45) a noventa (90) dias.
- Pode manter a cobertura Rhode Island Medicaid enquanto decidimos se é elegível ao abrigo de outro programa.

### **RESPONSABILIDADES**

**Tem a RESPONSABILIDADE** de fornecer informação precisa sobre o seu rendimento, recursos e disposições habitacionais nesta candidatura.

**Tem a RESPONSABILIDADE** de no prazo de dez (10) dias para a maioria dos programas, e no prazo de trinta (30) dias para Seguro de Saúde Privado com Ajuda Financeira, de informar de quaisquer alterações no seu rendimento, recursos, composição familiar ou quaisquer outras alterações que afetem o seu agregado familiar. Para Medicaid, os dez (10) dias começam cinco (5) dias após a data do pedido de informação ter sido enviado via email (data de transmissão) ou correio postal dos EUA (data de carimbo). Se não nos der a informação ou pedir mais tempo, podemos rejeitar, cancelar, suspender ou alterar a sua cobertura ou benefícios de cuidados de saúde. Para benefícios de Dinheiro RIW e CCAP, tem de nos informar no prazo de cinco (5) dias quando a criança sair do seu agregado familiar por alguma razão. Para SNAP, se for um relator simplificado, tem de comunicar alterações no rendimento que forneça o rendimento mensal bruto do agregado familiar em relação ao montante permitido para o tamanho do seu agregado familiar. Se não tiver a certeza sobre os seus requisitos de prestação de informação, contacte o DHS para obter assistência.

**Tem a RESPONSABILIDADE**, caso se esteja a candidatar a CCAP, de encontrar um prestador de cuidados infantis adequado para a(s) sua(s) crianças e de fazer os preparativos adequados para que a(s) criança(s) frequentem esse prestador. O Departamento de Serviços Humanos irá pagar apenas as horas em que está no trabalho ou envolvido numa atividade de educação/formação aprovada pelo DHS e o custo de qualquer cuidado infantil além das horas que são da sua inteira responsabilidade. Caso seja elegível, pode ser responsável por uma parte do custo de cuidados infantis (co-pagamento) e é responsável por fazer tal pagamento diretamente ao seu prestador de cuidados infantis. Caso não seja elegível, tem trinta (30) dias a partir do aviso por escrito para pedir uma audiência por escrito a fim de apelar à sua inelegibilidade. Se a decisão da audiência não for a seu favor, o DHS não é responsável por qualquer custo de cuidado infantil em que possa ter incorrido com o seu prestador de cuidados infantis. Ao assinar este formulário, está a autorizar o Departamento de serviços humanos a informar o(s) prestador(es) de cuidados infantis, após ter sido notificado se a sua assistência de cuidados infantis foi aprovada, descontinuada ou rejeitada.

**Tem a RESPONSABILIDADE** de fornecer números da Segurança Social (ou prova de que requereu um número) seu e do seu agregado familiar, ou de efetuar o requerimento, se for necessário, para obter esses números, como condição de elegibilidade. A recolha de informação na candidatura, bem como os números de Segurança Social de todos os membros do seu agregado familiar para quem recebe assistência, é autorizada ao abrigo da Lei de Alimentação e Nutrição de 2008 (anterior Lei de Senhas Alimentares), conforme corrigido, 7 U.S.C. 2011-2036 e ao abrigo da Lei federal (45 CFR 155.305 e 42 CFR 435.910). Esta

informação será utilizada para determinar se o seu agregado familiar é elegível ou se continua a ser elegível para participar em SNAP, Medicaid, RIW, GPA, CCAP, Seguro de Saúde Privado com Ajuda Financeira. O Departamento irá verificar esta informação por computador através de cruzamento de informações com o Departamento de Emprego e Formação, a Administração de Segurança Social, o Serviço de Receita Interna, o Serviço de Alimentação e Nutrição e outras entidades governamentais ou não governamentais autorizadas por lei, regulamento ou contrato, e estarão sujeitas a verificação por oficiais Federais, Estatais e locais. A informação de rendimento e elegibilidade obtida a partir destas agências será utilizada para certificar que o seu agregado familiar é elegível e que recebe o valor correto de benefícios SNAP, GPA, Assistência Infantil, RIW, Medicaid e Seguro de saúde privado com Ajuda financeira. Esta informação também será utilizada para monitorizar a conformidade com os regulamentos do programa, para gestão do programa, bem como para evitar fraude e verificar os pedidos de cuidados de saúde. Esta informação poderá ser divulgada a outras agências federais e estatais para verificação oficial e a autoridades policiais com o objetivo de apreender pessoas que estejam a tentar fugir à lei. Se for apresentada uma queixa contra o seu agregado familiar, a informação neste requerimento, incluindo todos os SSN, pode ser comunicada a agências Federais e Estatais, bem como a agências privadas de cobranças para ação de cobranças. O fornecimento da informação pedida é voluntário. Contudo, não fornecer um SSN irá resultar na recusa de benefícios a qualquer indivíduo que se candidate a benefícios. Qualquer SSN fornecido será utilizado e divulgado da mesma forma que o SSN de membros do agregado familiar elegíveis.

**Tem a RESPONSABILIDADE** de reportar e fornecer provas das suas despesas apresentadas nas perguntas 38 a 42 a fim de receber um valor máximo de prestações SNAP permitido. Não reportar ou não fornecer provas das suas despesas será considerado como a sua declaração que não deseja receber uma dedução pelas despesas não reportadas ou não comprovadas.

**Tem a RESPONSABILIDADE** de cooperar por completo com o pessoal estatal e federal que esteja a conduzir as análises de controlo de qualidade.

Apenas os cidadãos dos EUA e determinados imigrantes legais podem ser elegíveis para prestações SNAP. Se existirem não cidadãos a viver consigo ou se não forem elegíveis, ainda poderá requerer e receber prestações para outros membros do agregado familiar elegíveis. Não é obrigado a fornecer informação de imigração referente a pessoas que não se estejam a candidatar a prestações, mas poderá ter de fornecer outra informação dessas pessoas, tal como, rendimento ou recursos.

**Tem a RESPONSABILIDADE** de cooperar com o Gabinete de serviços de apoio infantil se receber RI Works, Programa de Assistência Infantil ou Medicaid. Deve ajudar a estabelecer, alterar ou aplicar apoio infantil para a(s) criança(s) sobre o seu cuidado; e estabelecer paternidade (se necessário). Se conseguir mostrar que tem uma boa razão para acreditar que cooperar com o Gabinete de serviços de apoio infantil o coloca a si, às suas crianças, ou às crianças sob os seus cuidados, em risco proveniente do progenitor sem custódia, pode alegar boa causa para não cooperar.

**Tem a RESPONSABILIDADE** de se candidatar a, e fazer os esforços razoáveis para, obter potencial rendimento de outras fontes, quando pedir ou receber cobertura RI Medicaid.

#### **Informação sobre seguro de saúde privado com ajuda financeira**

Se tiver dúvidas sobre os termos do seu plano de seguro de saúde, incluindo quais os benefícios a que é elegível, despesas a pagar do seu próprio bolso ao abrigo do seu plano e fazer um pedido de benefícios ou apelar a uma rejeição de benefícios, deve contactar o seu prestador de seguro de saúde. Se for elegível para COBRA após o término de qualquer cobertura do seguro de saúde, administrar COBRA e fornecer-lhe os avisos COBRA necessários, bem como períodos de eleição, é responsabilidade do seu empregador ou emissor anterior. Não cancele qualquer cobertura de seguro atual nem rejeite quaisquer benefícios COBRA até receber uma carta de aprovação e apólice de seguro, também conhecida como contrato de seguro ou certificado, do prestador de seguro que selecionar. Certifique-se de que compreende e concorda com os termos da política, presta especial atenção à data efetiva, períodos de espera, montante do prémio, benefícios, limitações, exclusões e condutores.

Caso se inscreva num seguro de saúde privado através do HealthSource RI e não forneça informação suficiente para que o HealthSource RI verifique a sua elegibilidade para comprar um plano ou receber um plano de custo reduzido ou se qualquer informação que fornecer não for verificável, terá noventa (90) dias para fornecer mais informação para satisfazer os requisitos de elegibilidade da HealthSource RI. Durante este período, deve trabalhar com o pessoal HealthSource RI para tentar fornecer qualquer informação em falta ou resolver quaisquer inconsistências para que possa obter cobertura o mais rápido possível ou, se lhe for fornecida elegibilidade condicional, pode negar uma interrupção de cobertura. Caso se inscreva num seguro de saúde privado através do HealthSource RI e tiver uma mudança no rendimento, tem de notificar a HealthSource RI no prazo de trinta (30) dias após essa alteração. Uma alteração no rendimento pode alterar os créditos de impostos ou reduções de partilha de custo para os quais é elegível para o ajudar a pagar o seguro. Baseamos o seu crédito de imposto no rendimento que insere na candidatura. Se o seu rendimento subir, irá qualificar-se para menos do que um crédito de imposto na sua cobertura de saúde. Se não nos informar da sua alteração de rendimento, iremos continuar a oferecer o mesmo desconto todos os meses, mas poderá ter de pagar o dinheiro a mais no momento de pagar os impostos.

As taxas de prémio estão sujeitas a alteração com base nas práticas abaixo descritas do prestador do seguro de saúde e na sua seleção de benefícios opcionais disponíveis, se existirem. As taxas finais são sempre determinadas pelo prestador do seguro de saúde. As taxas de prémio são APENAS para a data efetiva pedida. Se a data efetiva real da sua política for diferente da sua data efetiva pedida, o custo real da sua política pode ser diferente das taxas listadas em healthsourceri.com, devido ao aumento de taxas ou alterações de política pela empresa de seguro e/ou um ou mais familiares ter feito anos. (As taxas são altamente dependentes da idade.) O prestador que selecionar pode não garantir os valores de prémio por qualquer período até o contrato ser assinado.

**Restrições RIW sobre utilização de benefícios de dinheiro EBT e penalizações:** No seguimento da Secção 4004 da Lei Pública 112-96, é proibido para um destinatário TANF utilizar os seus benefícios de assistência em dinheiro TANF recebidos ao abrigo do RI Works, Leis gerais de Rhode Island 40-5.2 et seq., em qualquer transação de transferência de benefício eletrónico (EBT) em:

- qualquer loja de bebidas; ou
- qualquer casino ou estabelecimento de jogo; ou
- qualquer loja de venda a retalho que forneça entretenimento para adultos em que os participantes se dispam ou forneçam algum tipo de entretenimento sem roupa.

Qualquer pessoa que receba assistência em dinheiro através do Programa RI Works que utilize um cartão EBT em violação das normas acima estará sujeita às penalizações seguintes:

- Pela primeira violação, o agregado familiar irá receber um aviso de que ocorreu uma transação proibida;
- Pela segunda violação, será cobrado ao agregado familiar uma penalização no montante da transação EBT que ocorreu no local proibido;
- Pela terceira e todas as seguintes violações, será cobrado ao agregado familiar uma penalização no montante da transação EBT que ocorreu no local proibido e pelo mês a seguir ao mês da infração, o montante de assistência em dinheiro ao qual uma família de outra forma beneficiária elegível, será reduzido pela parte do benefício de família atribuído a qualquer progenitor que tenha utilizado o cartão EBT num local proibido. Para uma família de dois (2), a redução de benefício devido a não conformidade com a utilização de EBT num local restrito será calculada utilizando um tamanho de família de três (3) em que a parte do progenitor é igual a cento e cinco dólares (105\$).

#### **Disposições de substituição de cartão EBT RIW/SNAP:**

Os detentores de cartão que peçam quatro (4) ou mais cartões EBT de substituição no prazo de doze (12) meses podem ser referidos à Unidade de fraude para investigação de má utilização ou abuso do cartão EBT. As violações documentadas podem resultar em uma ou mais das ações seguintes:

- Desqualificação do programa;
- Recuperação através de indemnização/restituição; e/ou
- Referência para acusação criminal

Em todos os casos, a agência agirá para proteger os agregados familiares que contenham pessoas sem abrigo, idosas ou membros com invalidez, vítimas de crimes e outras pessoas vulneráveis que possam perder cartões EBT mas que não estejam a cometer fraude.

### **PROGRAMA RI WORKS, MEDICAID, ASSISTÊNCIA DE CIDADOS INFANTIS E ASSISTÊNCIA AO PÚBLICO EM GERAL ÔNUS E ATRIBUIÇÕES**

Compreendo que no cumprimento da Lei Geral de Rhode Island, Secções 40-6-9, 40-6-10, ou 40-8-15, sem a necessidade assinar qualquer documento:

#### **a.) Em relação ao apoio infantil e estabelecimento de paternidade**

Atribui todos e quaisquer direitos que possa ter e em meu nome, e para e em nome do(s) meu(s) filho(s), ao Departamento de Serviços Humanos (DHS) e/ou Gabinete executivo de saúde e serviços humanos (EOHHS), contra qualquer pessoa que não nos forneça assistência, manutenção e cuidados médicos a mim e ao(s) filho(s) menor(es) para quem a assistência seja paga pelo DHS/EOHHS. O DHS/EOHHS está autorizado a executar uma ação judicial para estabelecer a paternidade e/ou recolher assistência para mim e para o(s) meu(s) filho(s) que recebem ou recebiam assistência do DHS/EOHHS. Se deixar de receber dinheiro ou Medicaid, deverá dizer ao Gabinete de serviços de apoio infantil sobre quaisquer alterações que afetem o apoio infantil/médico, como por exemplo se a criança se tiver mudado ou a sua morada tenha mudado.

#### **b.) Em relação aos montantes recuperados de um terceiro**

Se tiver atribuído qualquer e todos os direitos ao DHS/EOHHS, para e em nome de si mesmo e de qualquer pessoa em relação a quem eu haja legalmente, para os montantes recuperados de um terceiros iguais ao montante de assistência financeira e Medicaid fornecido como um resultado de acidente, danos ou doença.

#### **c.) Em relação aos montantes recuperáveis da compensação do trabalhador**

O Departamento de Serviços Humanos e/ou Gabinete executivo de saúde e serviços humanos poderá efectuar um direito de retenção sobre qualquer prémio, ordem ou acordo pendente, ao qual posso ter direito ao abrigo das disposições do Rhode Island Workers Compensation Act, capítulos 28-29 a 28-38 das Leis Gerais de Rhode Island. O objectivo do direito de retenção é o de assegurar o reembolso ao Departamento por pagamentos financeiros e Medicaid que me sejam efectuados, ou em meu nome, pelo período de tempo pelo qual a indemnização, ordem ou acordo de acidente de trabalho for efectuado.

#### **d.) Em relação à retenção do estado de destinatários falecidos para reembolso Medicaid**

O DHS/EOHHS pode colocar uma retenção com base no estado de um destinatário Medicaid que tenha cinquenta e cinco (55) anos ou mais velho no momento da morte. **Para objetivos desta secção, o termo «estado» em relação a um indivíduo morto deve incluir toda a propriedade real e pessoal e outros ativos incluídos ou possíveis de ser incluídos dentro do estado legítimo do indivíduo.**

R.I.G.L. 40-8-15 determina que o valor total de Medicaid pago em nome de um destinatário Medicaid que tenha cinquenta e cinco (55) anos ou mais no momento da prestação de tal assistência estará em dívida para com o estado e deve constituir um direito de retenção em relação ao espólio do destinatário a favor do DHS. Contudo, o direito de retenção não será aplicado e não se aplicará ao espólio de um destinatário que deixe viúvo/a, ou descendente que tenha menos de vinte e um (21) ano descendente que seja cego ou tenha uma invalidez permanente e total, tal como definido no Título XVI (SSI) da Lei de Segurança Social. Terras tribais e determinadas propriedades que pertençam a Índios Americanos e Nativos do Alasca podem não ser recuperáveis.

Compreendo que como uma condição de receber benefícios RIW, todas as pessoas de quem eu esteja a pedir RIW, a não ser que isentas por lei, têm de cumprir os requisitos do Programa RIW.

Compreendo que este requerimento irá servir como autorização para que o Departamento de Serviços Humanos obtenha dos prestadores Médicos informação que seja pertinente para mim ou qualquer pessoa incluída neste requerimento, enquanto o caso permaneça aberto.

Compreendo e concordo que o escritório DHS possa contactar outras pessoas ou organizações para obter a prova necessária da minha elegibilidade e nível de benefícios.

### **AVISOS DE PENALIZAÇÃO SNAP**

**Compreendo que:**

**Qualquer membro do meu agregado familiar que intencionalmente quebre uma regra SNAP ficará excluído de SNAP por um período entre um ano e permanentemente, será multa em valor até \$250,000, preso até 20 anos ou ambos. Também poderá estar sujeito a acusação ao abrigo de outras leis Federais e Estatais aplicáveis. Ele/ela também pode ser excluído de SNAP por 18 meses adicionais se o tribunal assim o ordenar. Qualquer membro do meu agregado familiar que infrinja intencionalmente uma regra**

**SNAP pode ser excluído do Programa de Assistência de Nutrição Suplementar:**

- Por um período de um (1) ano para a primeira violação, com exceções dos números 1 até 5 abaixo;
- Por um período de dois (2) anos após a segunda violação, com exceções nos números 1 a 5. abaixo; e,
- Permanentemente pela terceira ocasião de qualquer violação de programa intencional.

1. Os indivíduos que um tribunal local, estadual ou federal declare terem utilizado ou recebido prestações SNAP numa transação que envolvesse a venda de armas de fogo, munições ou explosivos, devem ser permanentemente excluídos do Programa de Assistência Nutricional Suplementar aquando de tal violação pela primeira vez.

2. Os indivíduos que se tenha descoberto terem feito uma declaração ou representação fraudulenta em relação à identidade ou local de residência do indivíduo a fim de receber múltiplos benefícios SNAP simultaneamente devem ser inelegíveis para participar no Programa de assistência nutricional suplementar por um período de dez (10) anos.

3. Os indivíduos que um tribunal federal, estatal ou local declare como culpados por utilizarem ou receberem prestações numa transação que envolva a venda de uma substância controlada (conforme definido na secção 102 do Ato de substâncias controladas (21 U.S.C. 802)) não serão elegíveis para as prestações durante dois anos para a primeira ofensa, e permanentemente para a segunda ofensa.

4. Os indivíduos que um tribunal declare como culpados por comprarem ou venderem medicamentos ilegais ou determinados medicamentos prescritos em troca das prestações SNAP serão proibidos de participar no SNAP durante 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 traficando prestações numa quantia total de \$500 ou superior será permanentemente excluído de receber prestações SNAP aquando de tal violação pela primeira vez.

*Tráfico* conforme definido em 7 CFR 271.2 significa:

- 1) Comprar, vender ou roubar, ou tentar comprar, vender, roubar ou de outra forma afetar uma troca de benefícios SNAP emitidos e acedidos através de cartões de Transferência de benefícios eletrónicos (EBT), números de cartão e números de identificação pessoal (PIN), ou por voucher manual e assinatura, por dinheiro ou consideração além dos alimentos elegíveis, quer direta, indiretamente em cumplicidade ou conluio com outros, ou agindo sozinho;
- 2) A troca de armas de fogo, munições, explosivos ou substâncias controladas por benefícios SNAP;
- 3) Compra de um produto com benefícios SNAP que tenha um destinatário a requerer um depósito de devolução com o objetivo de obter dinheiro ao eliminar o produto e devolvendo-o ao fabricante pelo montante de depósito, eliminando intencionalmente o produto e devolvendo intencionalmente o destinatário pelo montante de depósito;
- 4) Comprar um produto com benefícios SNAP com o objetivo de obter dinheiro ou consideração além dos alimentos elegíveis ao revender o produto e , conseqüentemente, a revender intencionalmente o produto comprado com benefícios SNAP em troca de dinheiro ou consideração além dos alimentos elegíveis; ou
- 5) Comprar intencionalmente produtos originalmente comprados com benefícios SNAP em troca de dinheiro ou valor diferente dos alimentos elegíveis.

**NÃO minta nem oculte informações para obter ou continuar a obter benefícios SNAP que o seu agregado familiar não deve receber. NÃO utilize os benefícios SNAP para comprar artigos não alimentares, como bebidas alcoólicas e tabaco ou para pagar contas de crédito. NÃO troque ou venda (ou tente trocar ou vender) cartões EBT ou utilize o cartão EBT de outra pessoa para o seu agregado familiar.**

O DHS pode utilizar ou partilhar informação constante deste requerimento para a administração dos programas DHS, assim como a administração de outros programas de assistência com financiamento federal, de acordo com a lei, contrato ou regulamento federal e estadual.

O DHS pode ceder informação que não seja de identificação para fins de investigação. Qualquer cedência de informação que não seja de identificação será feita de acordo com a lei estadual e federal.

Compreendo as perguntas deste requerimento e a penalidade por esconder ou fornecer informações falsas, ou por violar quaisquer regras listadas neste Aviso de Penalidade. Certifico, sob pena de perjúrio, que as minhas respostas estão corretas, incluindo as informações sobre cidadania e estatuto enquanto estrangeiro, e que, segundo o meu conhecimento, são verdadeiras e fidedignas. É do meu conhecimento que, ao abrigo das Leis Gerais do estado de Rhode Island, Secção 40-6-15, pode ser aplicada uma multa máxima de \$1.000, ou pena de prisão até cinco (5) anos, ou ambas, à pessoa que obtenha ou tente obter, ou auxilie ou incite qualquer pessoa a obter, assistência pública à qual não tenha direito, ou que intencionalmente não apresente rendimentos, ativos ou circunstâncias pessoais ou aumento de rendimento que excedam o valor indicado anteriormente. Confirmando a identidade do menor aqui identificado e que todas as informações contidas neste requerimento são verdadeiras. Compreendo que estou a violar a lei se fornecer informações erradas, e que posso ser punido ao abrigo da lei federal, estadual, ou ambas.

Assinatura do Requerente ou Destinatário	Data	Assinatura do representante autorizado	Data
Assinatura do Cônjuge ou do outro progenitor da(s) criança(s)	Data	Assinatura da pessoa que o ajuda a preencher este formulário	Data
Assinatura do guardião, Conservador ou Detentor de procuração	Data	Assinatura do representante da agência	Data





## Informações aos Requerentes Registo eleitoral em Rhode Island

A Comissão de Eleições (State Board) apela a todos os cidadãos que façam o seu registo eleitoral. O seu voto beneficiá-lo-á e à sua família.

Este pacote de formulários inclui um formulário de registo eleitoral. Se pretender registar-se como eleitor, preencha e assine o formulário e envie-o por correio para os seus Agentes Eleitorais (Board of Canvassers) locais. (lista de endereços no verso do formulário)

### Registo eleitoral

- Se não fez o registo eleitoral na sua área de residência, preencha o formulário em anexo.
- O registo ou recusa do registo eleitoral não afectará o montante da ajuda prestada por esta agência.
- Se precisar de ajuda para preencher o formulário de registo eleitoral, pode trazê-lo consigo quando devolver os outros formulários preenchidos deste pacote ou então dirigir-se aos seus Agentes Eleitorais (Board of Canvassers) locais da cidade/vila onde vive. (lista de moradas da cidade/vila no verso do formulário de registo eleitoral).
- Cabe-lhe a si tomar a decisão de procurar e aceitar ajuda.
- Se considerar que alguém interferiu com o seu direito de registo eleitoral ou recusa do registo eleitoral ou no direito à liberdade de decisão ou de escolha do seu partido político, pode apresentar uma reclamação ao Coordenador dos Registos Eleitorais, 50 Branch Avenue, Providence, Rhode Island 02904 ou ligar para o número (401)222-2345.



# RHODE ISLAND FORMULÁRIO PARA REGISTRO DE ELEITORES

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

## VOCÊ PODE USAR ESTE FORMULÁRIO PARA:

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

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

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

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

### INSTRUÇÕES

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

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

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

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

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

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

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

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

(Este formulário pode ser reproduzido)

<b>1. Marque as caixas que se aplicam:</b> <input type="checkbox"/> Registro de novo eleitor <input type="checkbox"/> Mudança de endereço <input type="checkbox"/> Troca de partido <input type="checkbox"/> Mudança de nome					
<b>2.</b> Sou cidadão americano e residente em Rhode Island. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Tenho, no mínimo, 16 anos de idade. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Você precisa ter, no mínimo, 18 anos de idade para votar.)  <b>Se você marcou NÃO em algumas destas afirmações, não preencha este formulário.</b>		<b>3.</b> Número da carteira de motorista ou ID de RI: <input type="text"/>  Caso não tenha uma carteira de motorista ou ID de RI, informe os 4 últimos dígitos do seu social security number: <input type="text"/> <b>Se não informar nenhum destes números, veja as instruções para Caixa 3.</b>			
<b>4.</b> Sobrenome		Sufixo (se houver)		Nome	
				Nome do meio (ou inicial)	
<b>5.</b> Endereço residencial (não informe caixa postal)		Apt		Cidade/Município	
				Estado RI	
<b>6.</b> Endereço para correspondência (se diferente da Caixa 5)		Apt		Cidade/Município	
				Estado	
<b>7.</b> Data de nascimento (mm/dd/aaaa)		<b>8.</b> Número de telefone / endereço de e-mail (opcional)		<b>9.</b> Filiação partidária: <input type="checkbox"/> Democrata <input type="checkbox"/> Moderado	
Mês      Dia      Ano				<input type="checkbox"/> Republicano <input type="checkbox"/> Não filiado <input type="checkbox"/> Outro _____	
<b>10. Presto juramento ou afirmo que:</b> - Não estou encarcerado em um instituto correcional por condenação por crime doloso. - Não sou presentemente considerado "mentalmente incompetente" para votar por um tribunal. - As informações que forneci são verdadeiras salvo melhor juízo, sob pena de perjúrio. Se tiver fornecido falsas informações, posso ser multado, encarcerado, ou (caso não seja cidadão americano) deportado ou banido de entrar nos Estados Unidos.				<i>Uso oficial para código de barras</i>	
<b>ASSINE O NOME COMPLETO OU MARQUE ABAIXO</b>				<b>Você está interessado em trabalhar nas apurações?</b> <input type="checkbox"/>	
<input type="text"/>				<b>Data da assinatura:</b> (mm/dd/aaaa) _____	
<b>Aviso: se você assinar este formulário sabendo que ele é falso, você pode ser condenado e multado em até \$5.000 ou preso por até 10 anos.</b>					
<b>11. NOME ANTERIOR</b> (se diferente da Caixa 4)			<b>12. ENDEREÇO ANTERIOR DE REGISTRO</b> (Cidade/Município, Estado, ZIP e Condado)		

Endereço de retorno



Postagem necessária Os correios não entregarão sem a devida postagem.

Enviar para: **BOARD OF CANVASSERS**

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

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

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

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

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

**CONSELHOS DE CABOS ELEITORAIS LOCAIS**

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

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