

Declaração de Carência

Nome _____
Apelido _____ 1º Nome _____ 2º Nome _____

Endereço Postal _____
Avenida/Rua _____ Apt. Nº _____ Andar _____
Cidade _____ Estado _____ Código Postal _____

Endereço do Domicílio _____
Avenida/Rua _____ Apt. Nº _____ Andar _____
Cidade _____ Estado _____ Código Postal _____

Número de telefone onde pode ser contactado(a): De dia: _____ À noite: _____

Fala, ou algum adulto do seu agregado familiar fala inglês? Sim Não

Em caso negativo, qual é o principal idioma falado em sua casa? _____

SE ESTÁ A CANDIDATAR-SE AOS BENEFÍCIOS DO PROGRAMA DE AJUDA SUPLEMENTAR À NUTRIÇÃO (SNAP - SUPPLEMENTAL NUTRITION ASSISTANCE PROGRAMA) (anteriormente designado Food Stamps [Vales para Alimentos]), PREFERE UMA:

Entrevista Telefónica (o DHS entrará em contacto consigo) (OU) **Prefere uma Entrevista nos nossos Serviços** ?
(marque uma opção)

IMPORTANTE: Se não optar por uma Entrevista nos nossos Serviços ser-lhe-á marcada uma Entrevista Telefónica.

Indique o número de telefone onde pode ser contactado(a) para uma entrevista telefónica: _____

Preencha este formulário se estiver a candidatar-se ao Programa de Trabalho de Rhode Island (RIW - RI Works Program) ao Programa de Ajuda Suplementar à Nutrição (SNAP - Supplemental Nutrition Assistance Program) (anteriormente designado Food Stamps), à Assistência Médica (MA - Medical Assistance, [Cuidados Institucionais ou Domiciliários] e/ou à Ajuda às Populações (GPA - General Public Assistance).

Program RIW <input type="checkbox"/> MA <input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> GPA <input type="checkbox"/>	Application <input type="checkbox"/> Recertification <input type="checkbox"/> Add a Member <input type="checkbox"/>	Case ID
Agency Representative		Interview Date

Instruções Gerais para o Preenchimento da Declaração de Carência

LEIA ATENTAMENTE ESTA PÁGINA ANTES DE PREENCHER ESTE FORMULÁRIO

Pode pedir ajuda para preencher este formulário. Pode também solicitar que o formulário e as notas sejam traduzidos. Podemos ajudá-lo(a) caso tenha alguma incapacidade ou condição que lhe dificulte compreender ou responder às perguntas indicadas neste formulário. Informe-nos.

Responda a Todas as Perguntas

Este formulário consiste em 38 perguntas. À excepção da Pergunta 1, a cada pergunta segue-se uma secção de caixas que devem ser utilizadas para incluir as informações necessárias. Responda a cada pergunta colocando um visto na caixa SIM ou NÃO ao lado da pergunta.

SE a resposta for SIM []

Forneça as informações solicitadas escrevendo nas caixas a amarelo colocadas por baixo da pergunta. Deve fornecer as informações solicitadas sobre CADA membro do agregado familiar, quer esteja ou não a solicitar ajuda para essa pessoa.

SE a resposta for NÃO []

A PERGUNTA NÃO SE APLICA A SI NEM A OUTRA PESSOA DO SEU AGREGADO FAMILIAR. À excepção da Pergunta 38, deixe em branco as caixas a amarelo e passe para a pergunta seguinte.

SE precisar de mais espaço para responder às perguntas

Escreva "CONSULTAR PÁGINA 25", se não tiver espaço. Passe para a página 25 onde existem caixas para escrever as informações adicionais. Indique numa das caixas o número da pergunta a que se está a referir. Pode também juntar uma folha à parte, se for necessário.

Leia as páginas 25, 26 e 27

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

Acerca da Entrevista

A Página 3 inclui uma lista de "Documentos que Precisa de Trazer para a Entrevista." Não se esqueça de trazer todos os documentos indicados.

Acerca das Perguntas

Pergunta 1.

Indique o seu nome na primeira linha e forneça todas as informações solicitadas. A seguir, inclua as informações de todas as pessoas que vivem consigo, utilizando uma linha por pessoa. Indique qual a relação que cada pessoa tem consigo (por exemplo, "filho", "primo", etc.) nas caixas de "Parentesco". Deve incluir as informações de cada membro do seu agregado familiar INDEPENDENTEMENTE DE ESTAR OU NÃO A SOLICITAR ASSISTÊNCIA PARA ESSA PESSOA.

Perguntas 1a. a 13.

Nas secções a amarelo, preencha as informações sobre cada pessoa para quem está a solicitar assistência. Estas perguntas encontram-se a seguir à lista de membros do agregado familiar (Pergunta 1) e solicitam informações pessoais sobre todas as pessoas indicadas na Pergunta 1. Se a resposta a qualquer uma destas perguntas for SIM [], preencha as informações solicitadas na secção a amarelo. Ao fazê-lo, escreva os nomes dos membros do agregado familiar exactamente como aparecem na Pergunta 1.

Perguntas 14. a 19.

Nestas perguntas são solicitadas informações sobre o património financeiro (por exemplo, contas bancárias) de todos os membros do agregado familiar. Se a resposta a alguma destas perguntas for SIM [], preencha as informações solicitadas na secção a amarelo. Ao fazê-lo, escreva os nomes dos membros do agregado familiar exactamente como aparecem na Pergunta 1.

Perguntas 20. a 28.

Nestas perguntas são solicitadas informações sobre os rendimentos de todos os membros do agregado familiar. Se a resposta a alguma destas perguntas for SIM [], preencha as informações solicitadas na secção a amarelo. Ao fazê-lo, escreva os nomes dos membros do agregado familiar exactamente como aparecem na Pergunta 1.

Perguntas 29. a 38.

Nestas perguntas são solicitadas informações sobre as despesas de alojamento e outras, e a cobertura médica de todos os membros do agregado familiar. Se a resposta a alguma destas perguntas for SIM [], preencha as informações solicitadas na secção a amarelo. Ao fazê-lo, escreva o nome dos membros do agregado familiar exactamente como aparecem na Pergunta 1. Se informar e apresentar comprovativos das suas despesas indicadas nestas perguntas, irá obter o montante máximo permitido de benefícios do Programa de Ajuda Suplementar à Nutrição (SNAP). Se não comunicar ou não apresentar os comprovativos das suas despesas, considerar-se-á como uma declaração de que não deseja receber deduções para as despesas não comunicadas ou não comprovadas. Pode pedir ajuda ao seu representante da agência para obter a documentação das deduções e/ou despesas. O representante da agência pode ajudá-lo(a) a contactar outras pessoas para confirmar se estiver a ter dificuldades para obter comprovativos de deduções e/ou despesas.

DECLARAÇÃO DE CARÊNCIA

Este documento deve ser preenchido por si ou por membro adulto do seu agregado familiar, ou por um familiar, amigo ou representante autorizado que conheça a situação financeira de todos os membros do agregado familiar. A pessoa que preencher este documento é a principal fonte de informação e, em geral, será o beneficiário do RIW e/ou do SNAP, a menos que sejam realizados outros acordos com o seu representante da agência.

Não escreva nas secções a azul. Nas páginas seguintes, inclua as informações de todos os membros do seu agregado familiar. Todas as suas respostas devem ser completas, claras e correctas antes de o seu pedido ser processado. Caso não sejam, o formulário pode ser-lhe devolvido para serem incluídas mais informações. Caso não compreenda uma pergunta, peça ajuda ao seu representante da agência. Se precisar de mais espaço para incluir informações, utilize a página 25 intitulada “Apenas para Uso do Requerente/Beneficiário”.

CARTÃO DE TRANSFERÊNCIA ELECTRÓNICA DE BENEFÍCIOS (EBP - ELECTRONIC BENEFIT TRANSFER CARD)

A ajuda monetária do programa RIW e os benefícios do programa SNAP são emitidos através do processo de Transferência Electrónica de Benefícios (EBT). Pode obter os seus benefícios utilizando o seu cartão de EBT. Receberá mais informações sobre este processo por parte do seu escritório local.

DOCUMENTOS QUE PRECISA DE TRAZER PARA A ENTREVISTA

- Certidões de Nascimento de todos os membros do agregado familiar
- Documento de identificação com fotografia
- Passaporte ou Certificado de Naturalização ou outra documentação que comprove a Cidadania e a Identidade
- Certidões de Óbito de(s) progenitor(es) falecido(s) de qualquer criança dependente a favor de quem faz o pedido ou de qualquer requerente de MA falecido
- Comprovativo de gravidez, caso se trate de uma mulher grávida
- Os números da Segurança Social de todos os membros do agregado familiar e dos progenitores ausentes
- Comprovativo do estatuto de Imigrante, se não for cidadão dos EUA
- Documento comprovativo de identidade (carta de condução, recibo da renda, etc.)
- Apólices de seguro de vida e contratos de serviços funerários
- Comprovativo de cobertura de seguro de saúde ou estomatologia
- Número de reclamação para veteranos
- Talões de pagamento, envelopes de pagamento, declaração salarial e/ou comprovativo do último dia de trabalho efectivo e do pagamento salarial mais recente
- Trabalhadores por conta própria: Declaração de impostos federais, registos contabilísticos ou registos de vendas e despesas
- Comprovativo de rendimentos provenientes de imóveis arrendados
- Cartas de aprovação ou comprovativos de Segurança Social, SSI, UCB, TDI, Indemnização de Trabalhadores (Worker's Compensation), etc.
- Extractos bancários de contas correntes, contas poupança, certificados de depósito, contas junto de cooperativas de crédito, ou de acções e obrigações
- Documentos de fideicomisso
- Escrituras de qualquer imóvel (casa, terreno)
- Recibo de pagamento de rendas/hipotecas (incluindo seguro de habitação, impostos e outras despesas de alojamento)
- Comprovativos de despesas médicas, por exemplo: medicamentos, hospital, médico ou prémios de seguro
- Recibos de pagamento de serviços de cuidados de crianças
- Cópia de serviços de apoio a menores, comprovativos de pagamento de apoio a menores e/ou pensão de alimentos, sentença de divórcio, licença de casamento
- Recibos de pagamento de serviços públicos
- Livrete(s) de veículo(s)
- Cópia de procuração ou de tutela de menores
- Aviso de termo da Assistência Pública/MA/SNAP de outro Estado

A Agência prestará ajuda a todos os agregados familiares cooperantes se não conseguir obter algum dos documentos anteriormente indicados.

PROGRAMA DE AJUDA SUPLEMENTAR À NUTRIÇÃO (SNAP)

A sua candidatura ao programa SNAP será considerada a partir da data de recepção do formulário assinado. No caso de se concluir que é elegível para os benefícios do programa SNAP, esses benefícios serão determinados a partir da data em que a agência recebe o seu formulário assinado. Ser-lhe-á enviado um pedido por escrito sobre qualquer verificação em falta no seu formulário. O seu formulário será recusado se a confirmação em falta não for recebida no prazo de dez (10) dias a seguir à data do pedido por escrito

AJUDA FINANCEIRA (RIW) (GPA)

Se está a candidatar-se ao programa RIW ou ao programa GPA e for considerado(a) elegível para os benefícios do RIW ou GPA, esses benefícios serão determinados a partir da data de recepção do formulário assinado.

ASSISTÊNCIA MÉDICA (MA)

Podem ser proporcionados benefícios médicos a adultos até três (3) meses antes do mês em que é recebido o formulário assinado, desde que sejam cumpridos todos os factores de elegibilidade relativos a cada mês.



**NÃO ESCREVA
NAS SECÇÕES A
AZUL**



**ESCREVA APENAS
NAS SECÇÕES A
AMARELO**

1

Indique o nome de todas as pessoas que vivem consigo actualmente.

(Certifique-se de que menciona todas as pessoas, **incluindo bebés em gestação**, mesmo que não pretendam assistência).

AGREGADO FAMILIAR

	Apelido Inicial do 2º Nome	(de Solteira)	1º Nome	Parentesco	Ajuda solicitada <input checked="" type="checkbox"/>					Data de Nascimento	Ver
					SNAP	RIW	MA	GPA	NENHUMA		
1										___/___/___	
2										___/___/___	
3										___/___/___	
4										___/___/___	
5										___/___/___	
6										___/___/___	
7										___/___/___	
8										___/___/___	
9										___/___/___	
10										___/___/___	
11										___/___/___	
12										___/___/___	

1a Se houver mais pessoas a viver consigo, inclua-as na página 25 intitulada "Apenas para Uso do Requerente/Beneficiário".

Está em fuga, ou alguém do seu agregado familiar, para evitar um processo, ser detido ou privado de liberdade após uma condenação ao abrigo das leis do local de onde está a fugir, por cometer um crime ou tentar cometer um crime que, segundo essas, leis é considerado um crime grave, ou que, segundo as leis do Estado de New Jersey é considerado um delito grave, ou que viole uma condição de pena suspensa ou liberdade condicional ao abrigo de uma lei federal ou estadual? SIM NÃO Em caso afirmativo, indique o nome do(s) membro(s) do agregado familiar _____
Data _____ Estado _____

Foi considerado, ou outro membro do seu agregado familiar, pelo Departamento através do seu procedimento de Audiência Administrativa de ter feito ou ter sido condenado(a) por um tribunal Federal ou Estadual por ter feito uma declaração ou representação falsa a respeito da identidade de alguém ou local de residência, para receber múltiplos benefícios de assistência em simultâneo no âmbito do Programa RIW (TANF - Transitional Assistance for Needy Families), do Programa de Ajuda Suplementar à Nutrição (SNAP) ou do Programa de Assistência Médica (MA)? SIM NÃO Em caso afirmativo, indique o nome do(s) membro(s) do seu agregado familiar _____
Data do veredicto/condenação _____ Estado _____

***Raça**

O DHS solicita estas informações em conformidade com as Directivas Federais.

1) As informações são voluntárias.

2) As informações sobre a origem racial e étnica não afectarão a elegibilidade de um requerente nem o nível de benefícios.

3) A recolha destas informações destina-se a assegurar que os benefícios dos programas são distribuídos independentemente da raça, cor de pele ou nacionalidade.

MEMBROS

MEMB

	Número de Segurança Social (Forneça esta informação apenas no caso de a pessoa estar a solicitar benefícios)	Var	Sexo	Estado Civil	Grau mais elevado de educação o atingido	Cidadão dos EUA (Forneça esta informação apenas no caso de a pessoa estar a solicitar benefícios)	A etnia desta pessoa é Latina / Hispânica ?	Raça*	Citizenship Date	Ver	Rel	Ver	Eth	Work Part	Tax Dep
1	____/____/____		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>			Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Índia Americana <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Nativa Havaiana							
2	____/____/____		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>			Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Índia Americana <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Nativa Havaiana							
3	____/____/____		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>			Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Índia Americana <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Nativa Havaiana							
4	____/____/____		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>			Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Índia Americana <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Nativa Havaiana							
5	____/____/____		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>			Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Índia Americana <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Nativa Havaiana							
6	____/____/____		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>			Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Índia Americana <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Nativa Havaiana							
7	____/____/____		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>			Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Índia Americana <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Nativa Havaiana							
8	____/____/____		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>			Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Índia Americana <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Nativa Havaiana							
9	____/____/____		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>			Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Índia Americana <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Nativa Havaiana							
10	____/____/____		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>			Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Índia Americana <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Nativa Havaiana							
11	____/____/____		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>			Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Índia Americana <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Nativa Havaiana							
12	____/____/____		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>			Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Índia Americana <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Nativa Havaiana							

Se houver mais pessoas a viver consigo, inclua-as na página 25 intitulada "Apenas para uso do(a) Requerente/Beneficiário(a)".

RESPONDA AO SEGUINTE SE ESTÁ A CANDIDATAR-SE A BENEFÍCIOS DO PROGRAMA SNAP e vive num agregado familiar onde há menores de dezoito (18) anos ou mais de um progenitor(a) adulto ou um adulto que exerça o poder paternal sobre os menores de idade.

Os membros do seu agregado familiar devem escolher como chefe do agregado familiar um progenitor(a) adulto ou um adulto que exerça o poder paternal sobre menores de 18 anos que vivem em sua casa. Todos os membros adultos devem estar de acordo quanto à escolha.

Se vive num agregado familiar com estas características, designe aqui o chefe de família. Nome _____

1b

É, ou o seu cônjuge ou outro membro do agregado familiar, veterano(a) militar, dependente de veterano(a) ou sobrevivivo de veterano(a)?

Sim Não

Em caso afirmativo, preencha as seguintes caixas sobre cada pessoa.

Apelido	1º Nome	Inicial do 2º Nome	Estatuto de Veterano(a)		Solicitou benefícios para Veteranos	Data do Serviço	Número de Série	N.º Reclamação para Veteranos
			Veterano(a)	<input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	___/___/___		
			Dependente	<input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>			
			Sobrevivo	<input type="checkbox"/>				
			Veterano(a)	<input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	___/___/___		
			Dependente	<input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>			
			Sobrevivo	<input type="checkbox"/>				
			Veterano(a)	<input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	___/___/___		
			Dependente	<input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>			
			Sobrevivo	<input type="checkbox"/>				

2

Nasceu, ou o seu cônjuge ou algum membro do seu agregado familiar, fora dos EUA?

Sim Não

Em caso afirmativo, preencha as seguintes caixas sobre cada pessoa do agregado familiar que não seja cidadão(ã) dos EUA.

ALIE

Apelido	1º Nome	Inicial do 2º Nome	País de Origem		N.º de Registo de Imigração	Número de Imigração	
Estatuto de Imigrante:	<input type="checkbox"/>	Refugiado	Data de Entrada	_____	Data de Estatuto do INS	_____	
	<input type="checkbox"/>	Residente Permanente	Data de Entrada	_____	Data de Residência Permanente	_____	
	<input type="checkbox"/>	Outros	Data de Entrada	_____	Data de Estatuto do INS	_____	
Nome do Responsável			Endereço do Patrocinador			Alien	Origin
Residiu em RI antes de 22.08.96?		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Residiu em RI antes de 01/07/1997?		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		

Apelido	1º Nome	Inicial do 2º Nome	País de Origem		N.º de Registo de Imigração	Número de Imigração	
Estatuto de Imigrante:	<input type="checkbox"/>	Refugiado	Data de Entrada	_____	Data de Estatuto do INS	_____	
	<input type="checkbox"/>	Residente Permanente	Data de Entrada	_____	Data de Residência Permanente	_____	
	<input type="checkbox"/>	Outros	Data de Entrada	_____	Data de Estatuto do INS	_____	
Nome do Responsável			Endereço do Responsável			Alien	Origin
Residiu nos EUA antes de 22/08/1996?		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Residiu em RI antes de 01/07/1997?		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		

3 Vive, ou o seu cônjuge ou algum membro do agregado familiar, num alojamento colectivo como os indicados abaixo? Sim
Não

EXEMPLOS

Alojamento para Pessoas sem Abrigo Centro de Tratamento de Toxicodependência Hospital Assistência à Autonomia no Domicílio
Residência Colectiva Centro de Tratamento do Alcoolismo Centro de Acolhimento para Mulheres Maltratadas Residência tipo "Dormitório"

Em caso afirmativo, preencha as seguintes caixas sobre cada pessoa. **G R O P**

Apelido	1º Nome	Inicial do 2º Nome	Nome do Estabelecimento	Type
Apelido	1º Nome	Inicial do 2º Nome	Nome do Estabelecimento	Type

4 Frequenta, ou alguém do seu agregado familiar com dezasseis (16) anos ou idade superior, uma escola ou um programa de formação profissional? Sim
Não

Em caso afirmativo, preencha as seguintes caixas sobre cada pessoa. **S C H L**

Apelido	1º Nome	Inicial do 2º Nome	Escola/Curso de Formação:	Morada							
Marque uma opção	A tempo inteiro []	A tempo parcial []	Menos do que Tempo Parcial []	Data de Conclusão	Type	Status	Ver	Count RIW	Count SNAP	MA	GPA

Apelido	1º Nome	Inicial do 2º Nome	Escola/Curso de Formação:	Morada							
Marque uma opção	A tempo inteiro []	A tempo parcial []	Menos do que Tempo Parcial []	Data de Conclusão	Type	Status	Ver	Count RIW	Count SNAP	MA	GPA

5 Além de si ou do seu cônjuge, há algum membro do seu agregado familiar que tenha filhos com menos de vinte e um (21) anos que também façam parte do agregado familiar? Sim
Não

Em caso afirmativo, preencha as seguintes caixas sobre cada pessoa. **P A R E**

Apelido do progenitor	1º Nome	Inicial do 2º Nome	Apelido do progenitor	1º Nome	Inicial do 2º Nome	Ver	Apelido do progenitor	1º Nome	Inicial do 2º Nome	Ver
-----------------------	---------	--------------------	-----------------------	---------	--------------------	-----	-----------------------	---------	--------------------	-----

6 Alguém que vive consigo compra e prepara as respectivas refeições à parte? Sim
Não

Em caso afirmativo, indique as pessoas que não tomam as refeições consigo. E A T S

Apelido	1º Nome	Inicial do 2º Nome	Apelido	1º Nome	Inicial do 2º Nome	Apelido	1º Nome	Inicial do 2º Nome

7 Está grávida, ou alguém do seu agregado familiar? Sim
Não

Em caso afirmativo, preencha as seguintes caixas sobre a pessoa grávida. P R E G

Apelido	1º Nome	Inicial do 2º Nome	Data em que nascerá o bebé	Ver	Apelido	1º Nome	Inicial do 2º Nome	Data em que nascerá o bebé	Ver
			___/___/___					___/___/___	

8 É, ou o seu cônjuge ou alguém do agregado familiar, mental ou fisicamente doente, incapacitado, deficiente ou invisual? Sim
Não

Em caso afirmativo, preencha as seguintes caixas sobre cada pessoa. D I S A

Apelido	1º Nome	Inicial do 2º Nome	Problema de Saúde (descrição)	Foi provocado por um acidente? Sim [] Não []			
Esta pessoa tem alguma participação nos Serviços de Reabilitação ou Serviços para Invisuais?			Sim [] Não []	Factor	Ver	Review	Blind
Esta pessoa solicitou os benefícios de Seguro de Segurança Social (SSI) ou de Segurança Social (RSDI)?			Sim [] Não []				

9 Existem menores no agregado familiar cujos progenitores tenham falecido? Sim
Não

Em caso afirmativo, preencha as seguintes caixas sobre cada pessoa. D E C P

Apelido	1º Nome	Inicial do 2º Nome	Número de Segurança Social	Sexo	Data de Nascimento	Data de Falecimento	Ver				
			___/___/___	Masculino [] Feminino []	___/___/___	___/___/___					
Nos espaços seguintes, indique o nome dos menores desses progenitores.											
Apelido	1º Nome	Inicial do 2º Nome	P	Apelido	1º Nome	Inicial do 2º Nome	P	Apelido	1º Nome	Inicial do 2º Nome	P
Apelido	1º Nome	Inicial do 2º Nome	P	Apelido	1º Nome	Inicial do 2º Nome	P	Apelido	1º Nome	Inicial do 2º Nome	P

10

Existe alguma criança no agregado familiar que não viva com os dois progenitores (biológicos ou adoptivos)?

Sim Não

Indique como Progenitor(a) Ausente o cônjuge ou ex-cônjuge dos filhos nascidos neste matrimónio ou nos 10 meses a seguir à sentença definitiva de divórcio desse cônjuge. Se a sentença de divórcio ou acórdão judicial não incluir o seu cônjuge ou ex-cônjuge como pai de qualquer criança indicada no seu formulário, deve indicar o nome do pai biológico da(a) criança(s) e fornecer as cópias da sentença ou ordem judicial juntamente com este formulário.

Em caso afirmativo, preencha as seguintes caixas sobre cada progenitor(a) ausente e as crianças de cada um deles neste agregado familiar.	A B S P
---	----------------

Apelido do(a) Progenitor(a) Ausente	1º Nome	Inicial do 2º Nome	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Nº de Segurança Social do(a) Progenitor(a) Ausente ____/____/____	Data de Nascimento do(a) Progenitor(a) Ausente ____/____/____	
Endereço do(a) Progenitor(a) Ausente			Nº de Telefone do(a) Progenitor(a) Ausente			
Nome da Entidade Patronal		Morada da Entidade Patronal		Este progenitor(a) ausente está incapacitado(a) e/ou é veterano(a)? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Coop	
Os pais desta(s) criança(s) estavam casados um com o outro? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Em caso afirmativo, data do matrimónio ____/____/____		Os pais desta(s) criança(s) estão actualmente casados um com o outro? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Em caso negativo, data do divórcio ____/____/____		Estado Civil do(a) Progenitor(a) Ausente 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"/> Não sabe <input type="checkbox"/>		
Filho(s) do(a) progenitor(a) ausente que vive(m) neste agregado familiar. Apelido da Criança			Estado onde nasceu	Existe uma ordem judicial de pensão de alimentos, cobertura médica ou paternidade? (Em caso afirmativo, indique a data)		P
1.				Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Pensão <input type="checkbox"/> Cobertura médica <input type="checkbox"/> Paternidade <input type="checkbox"/>	Data _____ Data _____ Data _____
2.				Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Pensão <input type="checkbox"/> Cobertura médica <input type="checkbox"/> Paternidade <input type="checkbox"/>	Data _____ Data _____ Data _____
3.				Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Pensão <input type="checkbox"/> Cobertura médica <input type="checkbox"/> Paternidade <input type="checkbox"/>	Data _____ Data _____ Data _____
4.				Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Pensão <input type="checkbox"/> Cobertura médica <input type="checkbox"/> Paternidade <input type="checkbox"/>	Data _____ Data _____ Data _____
5.				Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Pensão <input type="checkbox"/> Cobertura médica <input type="checkbox"/> Paternidade <input type="checkbox"/>	Data _____ Data _____ Data _____

Apelido do(a) Progenitor(a) Ausente	1º Nome	Inicial do 2º Nome	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Nº de Segurança Social do(a) Progenitor(a) Ausente ____/____/____	Data de Nascimento do(a) Progenitor(a) Ausente ____/____/____	
Morada do Progenitor(a) Ausente			Nº de Telefone do(a) Progenitor(a) Ausente			
Nome da Entidade Patronal		Morada da Entidade Patronal		Este progenitor(a) ausente está incapacitado(a) e/ou é veterano(a)? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Coop	
Os pais desta(s) criança(s) estavam casados um com o outro? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Em caso afirmativo, data do matrimónio ____/____/____		Os pais desta(s) criança(s) estão actualmente casados um com o outro? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Em caso negativo, data do divórcio ____/____/____		Estado Civil do(a) Progenitor(a) Ausente 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"/> Não sabe <input type="checkbox"/>		
Filho(s) do(a) progenitor(a) ausente que vive(m) neste agregado familiar. Apelido da Criança			Estado onde nasceu	Existe uma ordem judicial de pensão de alimentos, cobertura médica ou paternidade? (Em caso afirmativo, indique a data)		P
1.				Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Pensão <input type="checkbox"/> Cobertura médica <input type="checkbox"/> Paternidade <input type="checkbox"/>	Data _____ Data _____ Data _____
2.				Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Pensão <input type="checkbox"/> Cobertura médica <input type="checkbox"/> Paternidade <input type="checkbox"/>	Data _____ Data _____ Data _____
3.				Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Pensão <input type="checkbox"/> Cobertura médica <input type="checkbox"/> Paternidade <input type="checkbox"/>	Data _____ Data _____ Data _____
4.				Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Pensão <input type="checkbox"/> Cobertura médica <input type="checkbox"/> Paternidade <input type="checkbox"/>	Data _____ Data _____ Data _____
5.				Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Pensão <input type="checkbox"/> Cobertura médica <input type="checkbox"/> Paternidade <input type="checkbox"/>	Data _____ Data _____ Data _____

Pergunta 10 (continuação)

Em caso afirmativo, preencha as seguintes caixas sobre cada progenitor(a) ausente e os filhos de cada um que fazem parte deste agregado familiar.	A B S P
---	---------

Apelido do(a) Progenitor(a) Ausente	1º Nome	Inicial do 2º Nome	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Nº de Segurança Social do(a) Progenitor(a) Ausente	Data de Nascimento do(a) Progenitor(a) Ausente	
Morada do(a) Progenitor(a) Ausente			Nº de Telefone do(a) Progenitor(a) Ausente			
Nome da Entidade Patronal		Morada da Entidade Patronal		Este progenitor(a) ausente está incapacitado(a) e/ou é veterano(a)? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Coop	
Os pais desta(s) criança(s) estavam casados um com o outro? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Em caso afirmativo, data do matrimónio ____/____/____		Os pais desta(s) criança(s) estão actualmente casados um com o outro? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Em caso negativo, data do divórcio ____/____/____		Estado Civil do(a) Progenitor(a) Ausente 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"/> Não sabe <input type="checkbox"/>		
Filho(s) do(a) progenitor(a) ausente que vive(m) neste agregado familiar. Apelido da Criança			Estado onde nasceu	Existe uma ordem judicial de pensão de alimentos, cobertura médica ou paternidade? (Em caso afirmativo, indique a data)		P
1.				Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Pensão <input type="checkbox"/> Data _____ Cobertura médica <input type="checkbox"/> Data _____ Paternidade <input type="checkbox"/> Data _____	
2.				Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Pensão <input type="checkbox"/> Data _____ Cobertura médica <input type="checkbox"/> Data _____ Paternidade <input type="checkbox"/> Data _____	
3.				Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Pensão <input type="checkbox"/> Data _____ Cobertura médica <input type="checkbox"/> Data _____ Paternidade <input type="checkbox"/> Data _____	
4.				Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Pensão <input type="checkbox"/> Data _____ Cobertura médica <input type="checkbox"/> Data _____ Paternidade <input type="checkbox"/> Data _____	
5.				Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Pensão <input type="checkbox"/> Data _____ Cobertura médica <input type="checkbox"/> Data _____ Paternidade <input type="checkbox"/> Data _____	

Apelido do(a) Progenitor(a) Ausente	1º Nome	Inicial do 2º Nome	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Nº de Segurança Social do(a) Progenitor(a) Ausente	Data de Nascimento do(a) Progenitor(a) Ausente	
Morada do(a) Progenitor(a) Ausente			Nº de Telefone do(a) Progenitor(a) Ausente			
Nome da Entidade Patronal		Morada da Entidade Patronal		Este progenitor(a) ausente está incapacitado(a) e/ou é veterano(a)? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Coop	
Os pais desta(s) criança(s) estavam casados um com o outro? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Em caso afirmativo, data do matrimónio ____/____/____		Os pais desta(s) criança(s) estão actualmente casados um com o outro? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Em caso negativo, data do divórcio ____/____/____		Estado Civil do(a) Progenitor(a) Ausente 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"/> Não sabe <input type="checkbox"/>		
Filho(s) do(a) progenitor(a) ausente que vive(m) neste agregado familiar. Apelido da Criança			Estado onde nasceu	Existe uma ordem judicial de pensão de alimentos, cobertura médica ou paternidade? (Em caso afirmativo, indique a data)		P
1.				Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Pensão <input type="checkbox"/> Data _____ Cobertura médica <input type="checkbox"/> Data _____ Paternidade <input type="checkbox"/> Data _____	
2.				Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Pensão <input type="checkbox"/> Data _____ Cobertura médica <input type="checkbox"/> Data _____ Paternidade <input type="checkbox"/> Data _____	
3.				Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Pensão <input type="checkbox"/> Data _____ Cobertura médica <input type="checkbox"/> Data _____ Paternidade <input type="checkbox"/> Data _____	
4.				Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Pensão <input type="checkbox"/> Data _____ Cobertura médica <input type="checkbox"/> Data _____ Paternidade <input type="checkbox"/> Data _____	
5.				Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Pensão <input type="checkbox"/> Data _____ Cobertura médica <input type="checkbox"/> Data _____ Paternidade <input type="checkbox"/> Data _____	

11

Está, ou outro(a) progenitor(a) do agregado familiar, desempregado(a) ou trabalha apenas a tempo parcial?

(marque uma opção) Desempregado(a) A tempo parcial

Sim Não

Em caso afirmativo, preencha as seguintes caixas. UNEM

Apelido	1º Nome	Inicial do 2º Nome	Esta pessoa recebeu subsídio de desemprego nos últimos 12 meses?		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Datas em que foi recebido: De _____ a _____		UC	Ver
Esta pessoa recusou alguma proposta de emprego ou curso de formação nos últimos 30 dias?					Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>		Allow	
Esta pessoa está registada no Departamento de Trabalho e Formação Profissional (D.L.T.)?					Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>		Ver	
Indique a seguir as horas e semanas de trabalho efectivo nos últimos 30 dias.					Indique todos os empregos que teve nos últimos cinco (5) anos.				
Semana de Trabalho	Data	Nº de Dias de trabalho efectivo	Horas de trabalho efectivo	Nome da Entidade Patronal	Morada da Entidade Patronal	Datas do Emprego		Montante Auferido	
Semana um (1)						De _____ A _____			
Semana dois (2)						De _____ A _____			
Semana três (3)						De _____ A _____			
Semana quatro (4)						De _____ A _____			
Semana cinco (5)						De _____ A _____			

Apelido	1º Nome	Inicial do 2º Nome	Esta pessoa recebeu subsídio de desemprego nos últimos 12 meses?		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Datas em que foi recebido: De _____ a _____		UC	Ver
Esta pessoa recusou alguma proposta de emprego ou curso de formação nos últimos 30 dias?					Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>		Allow	
Esta pessoa está registada no Departamento de Trabalho e Formação Profissional (D.L.T.)?					Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>		Ver	
Indique a seguir as horas e semanas de trabalho efectivo nos últimos 30 dias.					Indique todos os empregos que teve nos últimos cinco (5) anos.				
Semana de Trabalho	Data	Nº de Dias de trabalho efectivo	Horas de trabalho efectivo	Nome da Entidade Patronal	Morada da Entidade Patronal	Datas do Emprego		Montante Auferido	
Semana um (1)						De _____ A _____			
Semana dois (2)						De _____ A _____			
Semana três (3)						De _____ A _____			
Semana quatro (4)						De _____ A _____			
Semana cinco (5)						De _____ A _____			

12

Deixou, ou outro membro do agregado familiar, algum emprego nos últimos sessenta (60) dias?

Sim Não

Em caso afirmativo, preencha as seguintes caixas. QUIT

Apelido	1º Nome	Inicial do 2º Nome	Motivo da saída		Data em que saiu _____/_____/_____		Pri	GC
Nome da Entidade Patronal			Morada da Entidade Patronal					
Se alguém do seu agregado familiar respondeu afirmativamente a esta pergunta, preencha a seguinte secção para cada membro que tenha 16 anos ou idade superior e que tenha trabalhado nos últimos dois (2) meses.								
Apelido	1º Nome	Inicial do 2º Nome	Salário bruto do mês passado\$	Salário bruto do corrente mês \$	Salário bruto dos dois meses \$			
Apelido	1º Nome	Inicial do 2º Nome	Salário bruto do mês passado\$	Salário bruto do corrente mês \$	Salário bruto dos dois meses \$			

13

Está, ou outro membro do agregado familiar a participar numa greve?

Sim
 Não

Em caso afirmativo, preencha as seguintes caixas sobre cada pessoa.

S T R K

Apelido	1º Nome	Inicial do 2º Nome	Data de início da greve	Nome da Entidade Patronal	Morada da Entidade Patronal	Type
			____/____/____			

14

Tem, ou o seu cônjuge ou outro membro do agregado familiar, valores monetários?

Sim
 Não

Em caso afirmativo, preencha as seguintes caixas sobre cada pessoa que tem valores monetários.

C A S H

Apelido	1º Nome	Inicial do 2º Nome	Montante	Apelido	1º Nome	Inicial do 2º Nome	Montante
			\$ _____				\$ _____

15

É titular, ou o seu cônjuge ou outro membro do agregado familiar, de quaisquer contas, tais como os tipos a seguir indicados?

Sim
 Não

EXEMPLOS

Conta corrente Conta numa cooperativa de crédito Certificados de poupança Conta poupança-reforma Reserva para despesas funerárias
 Conta poupança Conta do mercado monetário Certificado de depósito Plano Keogh Fideicomisso

Em caso afirmativo, preencha as seguintes caixas para cada pessoa.

B A N K

Apelido	1º Nome	Inicial do 2º Nome	Tipo de conta	Número de conta			Montante		Type
							\$ _____		
Nome do co-titular			Instituição Financeira	Ver	Count RIW	Count SNAP	Count MA	Count GPA	MA Lien
Morada									

Apelido	1º Nome	Inicial do 2º Nome	Tipo de conta	Número de conta			Montante		Type
							\$ _____		
Nome do co-titular			Instituição Financeira	Ver	Count RIW	Count SNAP	Count MA	Count GPA	MA Lien
Morada									

Apelido	1º Nome	Inicial do 2º Nome	Tipo de conta	Número de conta			Montante		Type
							\$ _____		
Nome do co-titular			Instituição Financeira	Ver	Count RIW	Count SNAP	Count MA	Count GPA	MA Lien
Morada									

Apelido	1º Nome	Inicial do 2º Nome	Tipo de conta	Número de conta			Montante		Type
							\$ _____		
Nome do co-titular			Instituição Financeira	Ver	Count RIW	Count SNAP	Count MA	Count GPA	MA Lien
Morada									

Apelido	1º Nome	Inicial do 2º Nome	Tipo de conta	Número de conta			Montante		Type
							\$ _____		
Nome do co-titular			Instituição Financeira	Ver	Count RIW	Count SNAP	Count MA	Count GPA	MA Lien
Morada									

15a

Recebeu, ou o seu cônjuge ou outro membro do agregado familiar, algum montante global de SSI ou RSDI nos últimos 6 meses?

Sim
 Não

Em caso afirmativo, preencha a caixa seguinte.

Apelido	1º Nome	Inicial do 2º Nome	Montante recebido \$ _____	Data de recebimento ____/____/____
---------	---------	--------------------	-------------------------------	---------------------------------------

16

É proprietário, ou o seu cônjuge ou outro membro do agregado familiar, e/ou têm registado em vosso nome quaisquer veículos, tais como dos tipos a seguir indicados?

Sim
 Não

EXEMPLOS

Automóvel
Auto-caravana

Barco
Moto para a neve

Camião
Veículo de recreio

Moto

Em caso afirmativo, preencha as seguintes caixas para cada veículo.

CARS

Nome do Último Proprietário Inicial do 2º Nome		1º Nome		Veículo		Marca	Modelo	Ano	Blue book value \$ _____		
Que utilização dá ao veículo?	Montante em dívida \$ _____	Ver	Nº de ID do Veículo	Número de Matrícula		Count RIW	Count SNAP	Count MA	Count GPA	MA Lien	
Companhia de Seguros											

Nome do Último Proprietário Inicial do 2º Nome		1º Nome		Veículo		Marca	Modelo	Ano	Blue book value \$ _____		
Que utilização dá ao veículo?	Montante em dívida \$ _____	Ver	Nº de ID do Veículo	Número de Matrícula		Count RIW	Count SNAP	Count MA	Count GPA	MA Lien	
Companhia de Seguros											

Nome do Último Proprietário Inicial do 2º Nome		1º Nome		Veículo		Marca	Modelo	Ano	Blue book value \$ _____		
Que utilização dá ao veículo?	Montante em dívida \$ _____	Ver	Nº de ID do Veículo	Número de Matrícula		Count RIW	Count SNAP	Count MA	Count GPA	MA Lien	
Companhia de Seguros											

17

Tem, ou o seu cônjuge ou outro membro do agregado familiar, alguns objectos de valor?

Sim Não

(Inclua quaisquer objectos de valor que não estejam indicados nas perguntas 14, 15 ou 16)

EXEMPLOS Acções Bens Pessoais (antiguidades, colecções, jóias, etc.) Contrato de Serviços Funerários
Obrigações Seguros de Vida

Em caso afirmativo, preencha as seguintes caixas.

R E S O

ACÇÕES, OBRIGAÇÕES, OUTROS

Apelido	1º Nome	Inicial do 2º Nome	Tipo de Recurso			Count RIW	Count SNAP	Ver
Apelido do Co-proprietário	1º Nome	Inicial do 2º Nome	Morada do Co-Proprietário			Count MA	Count GPA	MA Lien

Apelido	1º Nome	Inicial do 2º Nome	Tipo de Recurso			Count RIW	Count SNAP	Ver
Apelido do Co-proprietário	1º Nome	Inicial do 2º Nome	Morada do Co-Proprietário			Count MA	Count GPA	MA Lien

Apelido	1º Nome	Inicial do 2º Nome	Tipo de Recurso			Count RIW	Count SNAP	Ver
Apelido do Co-proprietário	1º Nome	Inicial do 2º Nome	Morada do Co-Proprietário			Count MA	Count GPA	MA Lien

SEGURO DE VIDA

Apelido	1º Nome	Inicial do 2º Nome	Nome da Companhia	Número da Apólice	Type	Count RIW	Count SNAP	Ver
Propriedade de			Valor Nominal	Valor Efectivo	Montante do Empréstimo	Count MA	Count GPA	MA Lien

Apelido	1º Nome	Inicial do 2º Nome	Nome da Companhia	Número da Apólice	Type	Count RIW	Count SNAP	Ver
Propriedade de			Valor Nominal	Valor Efectivo	Montante do Empréstimo	Count MA	Count GPA	MA Lien

Apelido	1º Nome	Inicial do 2º Nome	Nome da Companhia	Número da Apólice	Type	Count RIW	Count SNAP	Ver
Propriedade de			Valor Nominal	Valor Efectivo	Montante do Empréstimo	Count MA	Count GPA	MA Lien

CONTRATO DE SERVIÇOS FUNERÁRIOS

Apelido	1º Nome	Inicial do 2º Nome	Valor	Irrevogável	Data de Entrada em Vigor ____/____/____	Count RIW	Count SNAP	Ver
Agência Funerária			Morada da Agência Funerária			Count MA	Count GPA	MA Lien

Apelido	1º Nome	Inicial do 2º Nome	Valor	Irrevogável	Data de Entrada em Vigor ____/____/____	Count RIW	Count SNAP	Ver
Agência Funerária			Morada da Agência Funerária			Count MA	Count GPA	MA Lien

18

Tem algum interesse em qualquer bem imóvel, ou o seu cônjuge Sim Não
ou outro membro do agregado familiar, como por exemplo terreno, edifício, habitação vitalícia, timeshare, etc.?

Em caso afirmativo, preencha as seguintes caixas sobre cada pessoa.

PROP

Nome do Último Proprietário 1º Nome Inicial do 2º Nome		Tipo de Imóvel (descrição)		Valor Efectivo \$ _____		Montante em dívida \$ _____			Ver
Qual o tipo de propriedade do imóvel? Propriedade Única <input type="checkbox"/> Co-Propriedade <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/>		Morada do Imóvel		Count RIW	Count SNAP	Count MA	Count GPA	MA Lien	Review Data
A sua habitação é neste imóvel? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> ; É a casa do seu cônjuge? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> ; É a habitação dos seus dependentes? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>									

19

Ofereceu, vendeu, trespassou ou transferiu, ou o seu cônjuge ou Sim Não
outro membro do agregado familiar, para outra pessoa ou entidade, quaisquer objectos de valor nos últimos sessenta (60) meses?

Em caso afirmativo, preencha as seguintes caixas.

TRAN

Apelido		1º Nome		Inicial do 2º Nome		Recurso Transferido			
Montante Transferido \$ _____		Data da Transferência ____/____/____		O que recebeu em troca?		Allow RIW	Allow SNAP	Allow MA	Allow GPA
Apelido		1º Nome		Inicial do 2º Nome		Recurso Transferido			
Montante Transferido \$ _____		Data da Transferência ____/____/____		O que recebeu em troca?		Allow RIW	Allow SNAP	Allow MA	Allow GPA
Apelido		1º Nome		Inicial do 2º Nome		Recurso Transferido			
Montante Transferido \$ _____		Data da Transferência ____/____/____		O que recebeu em troca?		Allow RIW	Allow SNAP	Allow MA	Allow GPA

19a

Foi nomeado como beneficiário(a) (principal, secundário, etc.) Sim
de qualquer fideicomisso? Não

Em caso afirmativo, deve fornecer cópias do fideicomisso mesmo que actualmente não esteja a receber quaisquer pagamentos desse fideicomisso.

Capital e data do fideicomisso \$ _____ Data ____/____/____		Montante dos pagamentos que recebe \$ _____	Frequência com que recebe os pagamentos
--	--	---	---

19b

Estabeleceu, ou o seu cônjuge ou outra pessoa agindo em seu Sim
nome (incluindo um tribunal), um fideicomisso ou depositou Não
dinheiro num fideicomisso nos últimos sessenta (60) meses?

Em caso afirmativo, deve fornecer cópias de documentos do fideicomisso.

Estabelecido por	Data de estabelecimento ____/____/____	Montante \$ _____
------------------	---	----------------------

20

Recebeu ou espera receber, ou outro membro do agregado familiar, Sim
rendimentos provenientes de trabalho este mês? Não

EXEMPLOS

Salários Fixos/Variáveis
Bolsa de Estudo

Comissões

Formação Profissional

Guarda Nacional

Programa de Adaptação Profissional para Incapacitados

Reserva do Exército

Militar dos EUA

Em caso afirmativo, preencha as seguintes caixas sobre cada pessoa.

JINC

Apelido	1º Nome	Inicial do 2º Nome	Com que frequência recebe o salário? [] Semanalmente [] Quinzenalmente [] Duas vezes por mês [] Mensalmente [] Outro (com que frequência) _____			Nome da Entidade Patronal	
Data de Início do Emprego ____/____/____	Dia de Semana de Pagamento	Função que ocupa				Morada da Entidade Patronal	
Indique o montante bruto recebido em cada dia de pagamento deste mês.							
Dia de Pagamento	Data em que recebeu o pagamento	Data final do período de pagamento	Horas trabalhadas por período de pagamento	Salário bruto antes de impostos	Gorjetas/Comissões	Recur	Ver
1º	____/____/____	____/____/____		\$	\$		
2º	____/____/____	____/____/____		\$	\$		
3º	____/____/____	____/____/____		\$	\$		
4º	____/____/____	____/____/____		\$	\$	Count	Count
5º	____/____/____	____/____/____		\$	\$	SNAP	RIW
No seu cheque de pagamento recebeu algum crédito do imposto sobre os rendimentos? Sim [] Não []						Count	Count
O programa de formação é realizado no local de trabalho? Sim [] Não []						MA	GPA
Este emprego faz parte de um programa de estágio? Sim [] Não []				Nº de horas	Salário Bruto Previsto	Gorjetas/Comissões	
Também receberá estes rendimentos no próximo mês? Sim [] Não []					\$	\$	

Apelido	1º Nome	Inicial do 2º Nome	Com que frequência recebe o salário? [] Semanalmente [] Quinzenalmente [] Duas vezes por mês [] Mensalmente [] Outro (com que frequência) _____			Nome da Entidade Patronal	
Data de Início do Emprego ____/____/____	Dia de Semana de Pagamento	Função que ocupa				Morada da Entidade Patronal	
Indique o montante bruto recebido em cada dia de pagamento deste mês.							
Dia de Pagamento	Data em que recebeu o pagamento	Data final do período de pagamento	Horas trabalhadas por período de pagamento	Salário bruto antes de impostos	Gorjetas/Comissões	Recur	Ver
1º	____/____/____	____/____/____		\$	\$		
2º	____/____/____	____/____/____		\$	\$		
3º	____/____/____	____/____/____		\$	\$		
4º	____/____/____	____/____/____		\$	\$	Count	Count
5º	____/____/____	____/____/____		\$	\$	SNAP	RIW
No seu cheque de pagamento recebeu algum crédito do imposto sobre o rendimento? Sim [] Não []						Count	Count
O programa de formação é realizado no local de trabalho? Sim [] Não []						MA	GPA
Este emprego faz parte de um programa de estágio? Sim [] Não []				Nº de horas	Salário Bruto Previsto	Gorjetas/Comissões	
Também receberá estes rendimentos no próximo mês? Sim [] Não []					\$	\$	

Pergunta 20 (continuação)

Apelido		1º Nome		Inicial do 2º Nome		Com que frequência recebe o salário? <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Quinzenalmente <input type="checkbox"/> Duas vezes por mês <input type="checkbox"/> Mensalmente <input type="checkbox"/> Outro (com que frequência) _____			Nome da Entidade Patronal	
Data de Início do Emprego ____/____/____		Dia de Semana de Pagamento		Função que ocupa					Morada da Entidade Patronal	
Indique o montante bruto recebido em cada dia de pagamento deste mês.										
Dia de Pagamento	Data em que recebeu o pagamento	Data final do período de pagamento	Horas trabalhadas por período de pagamento	Salário bruto antes de impostos	Gorjetas/Comissões	Recur	Ver			
1º	____/____/____	____/____/____		\$	\$					
2º	____/____/____	____/____/____		\$	\$					
3º	____/____/____	____/____/____		\$	\$					
4º	____/____/____	____/____/____		\$	\$			Count	Count	
5º	____/____/____	____/____/____		\$	\$	SNAP	RIW			
No seu cheque de pagamento recebeu algum crédito do imposto sobre o rendimento? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>						Count	Count			
O programa de formação é realizado no local de trabalho? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>						Indique o número de horas que espera receber no próximo mês.				
Este emprego faz parte de um programa de estágio? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>				Nº de horas	Salário Bruto Previsto	Gorjetas/Comissões				
Também receberá estes rendimentos no próximo mês? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>					\$	\$				

21

Tem, ou o seu cônjuge ou outro membro do agregado familiar, uma reclamação ou litígio por lesões ou doenças devido a um acidente de automóvel, pedido de indemnização por acidente de trabalho ou doença profissional, etc., ou outro processo judicial do qual possa receber dinheiro?

Sim

Não

Em caso afirmativo, preencha as seguintes caixas sobre cada sinistrado.

SETT

Apelido		1º Nome		Inicial do 2º Nome		Tipo de Reclamação (descrição)		Data do Sinistro ____/____/____		Indemnização de Trabalhadores Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
Pessoa (ou empresa) responsável				Companhia de Seguros				Nome do Advogado			
Morada				Morada				Morada			

Apelido		1º Nome		Inicial do 2º Nome		Tipo de Reclamação (descrição)		Data do Sinistro ____/____/____		Indemnização de Trabalhadores Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
Pessoa (ou empresa) responsável				Companhia de Seguros				Nome do Advogado			
Morada				Morada				Morada			

22

Recebe, ou o seu cônjuge ou outro membro do agregado familiar, rendimentos provenientes de alugueres?

Sim Não

Em caso afirmativo, preencha as seguintes caixas para cada pessoa que recebe o aluguer.

R I N C

Apelido	1º Nome	Inicial do 2º Nome	Horas de trabalho efectivo por semana na manutenção do imóvel	Total Número Total de Unidades	Freq	Ver	Recur	Count RIW	Count SNAP	Count MA	Count GPA	
Total de alugueres recebido? \$ _____			Com que frequência? _____									
A pessoa indicada anteriormente vive no imóvel? Sim [] Não []					Vai continuar a receber este rendimento nos próximos meses? Sim [] Não []							
Custos do Aluguer		Com que frequência?	Custos do Aluguer		Com que frequência?	Custos do Aluguer			Com que frequência?			
Hipoteca	\$ _____	_____	Água	\$ _____	_____	Electricidade	\$ _____	_____	_____	_____	_____	
Impostos	\$ _____	_____	Sistema de Esgotos	\$ _____	_____	Combustível	\$ _____	_____	_____	_____	_____	
			Lixo	\$ _____	_____	Reparações	\$ _____	_____	_____	_____	_____	
			Gás	\$ _____	_____	Outros	\$ _____	_____	_____	_____	_____	

23

Recebe, ou o seu cônjuge ou outro membro do agregado familiar, rendimentos por tomar conta de crianças em sua casa?

Sim Não

Em caso afirmativo, preencha as seguintes caixas para cada pessoa que toma conta de crianças. Junte documentação das despesas efectivas que deseja reclamar.

D C I N

Apelido	1º Nome	Inicial do 2º Nome	Montante Total Recebido por semana \$ _____	Número de horas de trabalho efectivo	Horas de trabalho efectivo por semana	Número de crianças sob os seus cuidados						
Irá receber este rendimento nos próximos meses? Sim [] Não []						Freq	Ver	Recur	Count RIW	Count SNAP	Count MA	Count GPA

24

Recebe, ou o seu cônjuge ou outro membro do agregado familiar, pagamentos de hóspedes ou comensais?

Sim Não

Em caso afirmativo, preencha as seguintes caixas sobre cada pessoa. Junte documentação das despesas efectivas que deseja reclamar.

R B I N

Nome da pessoa que recebe o pagamento			Número de horas de trabalho efectivo por semana							Recur
Apelido	1º Nome	Inicial do 2º Nome	Irá receber este rendimento nos próximos meses? Sim [] Não []							
Nomes dos Hóspedes/Comensais	Montante Recebido/Frequência	Inclui	Data Recebimento	Freq	Ver	Count RIW	Count SNAP	Count MA	Count GPA	
	\$ _____ por _____	Apenas alojamento [] Refeições (1-2) [] Refeições (3) []	___/___/___							
	\$ _____ por _____	Apenas alojamento [] Refeições (1-2) [] Refeições (3) []	___/___/___							
	\$ _____ por _____	Apenas alojamento [] Refeições (1-2) [] Refeições (3) []	___/___/___							

25

Recebe, ou o seu cônjuge ou alguém do seu agregado familiar, rendimentos de trabalho por conta própria?

Sim
Não

EXEMPLOS Agricultura Pesca Serviços de creche fora de casa Vendas porta-a-porta Venda de Casas

Em caso afirmativo, preencha as seguintes caixas sobre cada pessoa.

B U S I

Apelido	1º Nome	Inicial do 2º Nome	Rendimento Bruto/Frequência com que é recebido \$ _____ por _____	Despesas \$ _____			Número de horas de trabalho efectivo por semana		
Tipo de Actividade	Nome da Actividade		Irá receber este rendimento nos próximos meses? Sim [] Não []	Ver	Recur	Count RIW	Count SNAP	Count MA	Count GPA

Apelido	1º Nome	Inicial do 2º Nome	Rendimento Bruto/Frequência com que é recebido \$ _____ por _____	Despesas \$ _____			Número de horas de trabalho efectivo por semana		
Tipo de Actividade	Nome da Actividade		Irá receber este rendimento nos próximos meses? Sim [] Não []	Ver	Recur	Count RIW	Count SNAP	Count MA	Count GPA

26

RESERVADO

27

Recebe, ou o seu cônjuge ou outro membro do agregado familiar, bolsas de estudos, empréstimos educacionais ou benefícios educacionais para veteranos?

Sim
Não

Em caso afirmativo, preencha as seguintes caixas indicando cada fonte de rendimento em linhas separadas. Traga comprovativos de todas as matrículas e custos para verificação.

S T I N

Apelido	1º Nome	Inicial do 2º Nome	Montante recebido \$ _____	Período abrangido pela bolsa/empréstimo De _____ a _____	Data de recebimento ____/____/____		Data do último pagamento ____/____/____		
Tipo de Bolsa/Empréstimo	Irá receber este rendimento nos próximos meses? Sim [] Não []			Recur	Ver	Count RIW	Count SNAP	Count MA	Count GPA

Apelido	1º Nome	Inicial do 2º Nome	Montante recebido \$ _____	Período abrangido pela bolsa/empréstimo De _____ a _____	Data de recebimento ____/____/____		Data do último pagamento ____/____/____		
Tipo de Bolsa/Empréstimo	Irá receber este rendimento nos próximos meses? Sim [] Não []			Recur	Ver	Count RIW	Count SNAP	Count MA	Count GPA

28

Recebeu ou espera receber, ou o seu cônjuge ou outro membro do agregado familiar, rendimentos, tais como dos tipos a seguir indicados?

Sim
Não

EXEMPLOS:

Subsídio de adopção	Presentes, prémios, herança, lotaria	Reforma para trabalhadores ferroviários	Subsídio de desemprego
Patrocínio para imigrantes	Ajuda em géneros para alojamento	Pensões de reforma	Ajuda e assistência para veteranos
Anuidades	Outras ajudas em géneros	Pagamento de serviços públicos, Secção 8	Benefícios básicos para veteranos
Pensão de alimentos	Reembolso do imposto sobre os rendimentos	Segurança Social (RSDI)	Compensação para veteranos
Apoio a Menores	Reclamação legal e de seguro	Rendimento Adicional do Seguro de Segurança Social (SSI)	Pensão melhorada para veteranos
Dividendos, Juros	Benefícios por greve	Indemnização de Trabalhadores	
Reembolso de crédito do imposto sobre rendimentos auferidos	Atribuição para dependentes militares	Seguro por incapacidade temporária (TDI)	
Família de acolhimento	Assistência de outro Estado	Fundos de Fideicomisso	

Em caso afirmativo, preencha as seguintes caixas para cada tipo de rendimento que essa pessoa recebe.

U N E A

Apelido	1º Nome	Inicial do 2º Nome	Montante/Frequência \$ _____ por _____	Dia de Recebimento do Rendimento ____/____/____			Nº de Reclamação				
Tipo de Rendimento		Irá receber este rendimento nos próximos meses? Sim [] Não []		Type	Freq	Ver	Recur	Count RIW	Count SNAP	Count MA	Count GPA

Apelido	1º Nome	Inicial do 2º Nome	Montante/Frequência \$ _____ por _____	Dia de Recebimento do Rendimento ____/____/____			Nº de Reclamação				
Tipo de Rendimento		Irá receber este rendimento nos próximos meses? Sim [] Não []		Type	Freq	Ver	Recur	Count RIW	Count SNAP	Count MA	Count GPA

Apelido	1º Nome	Inicial do 2º Nome	Montante/Frequência \$ _____ por _____	Dia de Recebimento do Rendimento ____/____/____			Nº de Reclamação				
Tipo de Rendimento		Irá receber este rendimento nos próximos meses? Sim [] Não []		Type	Freq	Ver	Recur	Count RIW	Count SNAP	Count MA	Count GPA

Apelido	1º Nome	Inicial do 2º Nome	Montante/Frequência \$ _____ por _____	Dia de Recebimento do Rendimento ____/____/____			Nº de Reclamação				
Tipo de Rendimento		Irá receber este rendimento nos próximos meses? Sim [] Não []		Type	Freq	Ver	Recur	Count RIW	Count SNAP	Count MA	Count GPA

Se algum membro do seu agregado familiar espera receber rendimentos no futuro, preencha as seguintes caixas sobre essa(s) pessoa(s) .

Apelido	1º Nome	Inicial do 2º Nome	Tipo de Rendimento Previsto	Data em que prevê receber o rendimento ____/____/____
---------	---------	--------------------	-----------------------------	---

28a

Algun membro do seu agregado familiar recebeu SSI e RSDI no mesmo mês?

Sim
Não

Em caso afirmativo, preencha a seguinte caixa.

Apelido	1º Nome	Inicial do 2º Nome	Ano em foram recebidos
---------	---------	--------------------	------------------------

*(Se comunicar e apresentar os respectivos comprovativos das despesas indicadas nas perguntas 29 a 38, obterá o montante máximo permitido de benefícios do programa SNAP. A não comunicação ou apresentação de comprovativos das suas despesas será considerada como uma declaração de que não pretende receber uma dedução da despesa não comunicada ou não comprovada.)

29 Paga a alguém, ou o seu cônjuge ou outro membro do agregado familiar, para cuidar de uma criança ou de um adulto incapacitado? Sim Não

Em caso afirmativo, preencha as seguintes caixas para cada pessoa que pagou esse serviço. D C E X

Nome da pessoa a quem paga este serviço	Este serviço é necessário porque ele/ela: Está a trabalhar [] Está na escola/curso de formação [] Está à procura de emprego []		Esta despesa é subsidiada? Sim [] Não []	Em caso afirmativo, qual é o montante do subsídio? \$ _____ por _____			Montante de pagamento ou co-pagamento \$ _____ por _____		
Nome da pessoa a cuidar	Adulto/Menor de idade Adulto [] Menor de idade []	Vai continuar a ter este custo? Sim [] Não []	Freq	Type	Recur	Count RIW	Count SNAP	Count MA	Count GPA
Nome do(a) Prestador(a) de Cuidados Diurnos de Crianças/Adultos			Morada do Prestador						

Nome da pessoa a quem paga este serviço	Este serviço é necessário porque ele/ela: Está a trabalhar [] Está na escola/curso de formação [] Está à procura de emprego []		Esta despesa é subsidiada? Sim [] Não []	Em caso afirmativo, qual é o montante do subsídio? \$ _____ por _____			Montante de pagamento ou co-pagamento \$ _____ por _____		
Nome da pessoa a cuidar	Adulto/Menor de idade Adulto [] Menor de idade []	Vai continuar a ter este custo? Sim [] Não []	Freq	Type	Recur	Count RIW	Count SNAP	Count MA	Count GPA
Nome do(a) Prestador(a) de Cuidados Diurnos de Crianças/Adultos			Morada do Prestador						

30 Paga, ou o seu cônjuge ou outro membro do agregado familiar, quaisquer despesas e pensão de alimentos a menores, ou inclui na declaração de impostos como dependentes quaisquer pessoas que não fazem parte deste agregado familiar? Sim Não

Em caso afirmativo, preencha as seguintes caixas para cada pessoa que paga a pensão de alimentos, ou inclui na declaração de impostos alguém como dependente. S U P P

Apelido	1º Nome	Inicial do 2º Nome	Quem é a pessoa que faz a reclamação?	Tipo de reclamação efectuada Apoio a crianças [] Pensão de alimentos [] Outro dependente incluído na declaração de impostos []	Montante Pago \$ _____ Com que frequência? _____	Freq	Ver
Apelido	1º Nome	Inicial do 2º Nome	Quem é a pessoa que faz a reclamação?	Tipo de reclamação efectuada Apoio a crianças [] Pensão de alimentos [] Outro dependente incluído na declaração de impostos []	Montante Pago \$ _____ Com que frequência? _____	Freq	Ver

31 Paga, ou o seu cônjuge, outro membro do agregado familiar ou pessoa alheia ao agregado familiar, a renda ou parte da renda da casa, apartamento, casa móvel ou alojamento onde vive? Sim Não

Em caso afirmativo, preencha as seguintes caixas para cada pessoa que paga a renda. R E N T

Apelido	1º Nome	Inicial do 2º Nome	Montante total da Renda/Frequência \$ _____ por _____	Montante que paga \$ _____	A Renda inclui Aquecimento [] Fornecimento de Serviços Públicos []			
A renda é subsidiada? (por ex., Secção 8)? Sim [] Não []		Em caso afirmativo, o montante do subsídio é \$ _____ por _____		O custo da renda é partilhado com alguém? Sim [] Não []		Em caso afirmativo Nome _____ Montante \$ _____		
Nome do Senhorio			Morada do Senhorio			Type	Freq	Ver
Nº de Telefone do Senhorio								

32 Paga, ou o seu cônjuge ou outro membro do agregado familiar, a totalidade ou parte de uma hipoteca, impostos sobre imóveis, seguros ou outros custos da habitação, condomínio ou casa móvel onde vive? Sim
Não

Em caso afirmativo, preencha as seguintes caixas sobre cada pessoa que paga os custos de uma habitação própria.

HOME

Apelido	1º Nome	Inicial do 2º Nome	Custos de Habitação Própria/Frequência dos pagamentos	Nome e Morada do Titular da Hipoteca	Type	Ver
			Primeira Hipoteca Capital \$ _____ por _____ Juros \$ _____ por _____ Inclui Impostos [] Seguro []			
			Segunda Hipoteca Capital \$ _____ por _____ Juros \$ _____ por _____ Inclui Impostos [] Seguro []			
			Impostos \$ _____ por _____ (se não estiverem incluídos na hipoteca)	Alguém paga parte destes custos? Sim [] Não []		
			Seguro \$ _____ por _____	Em caso afirmativo, nome da pessoa que paga parte dos custos		
			Aluguer do Lote \$ _____ por _____	Qual é o montante pago		
			Outro \$ _____ por _____	Por esta pessoa? \$ _____		

33 Paga, ou o seu cônjuge ou outro membro do agregado familiar, a totalidade ou parte do combustível ou fornecimento de serviços públicos? Sim
Não

Nos últimos doze (12) meses, obteve algum subsídio ao abrigo da Lei de Assistência ao Pagamento da Energia para Famílias de Baixos Rendimentos (LIHAA) no seu domicílio actual? Sim
Não

Em caso afirmativo, preencha as seguintes caixas sobre cada pessoa que paga os custos de uma habitação própria.

UTIL

Apelido	1º Nome	Inicial do 2º Nome	Serviço Público	Montante Pago/Frequência	Utilizado para Aquecimento/Arrefecimento	Freq	Ver
			Combustível	\$ _____ por _____	Aquecimento [] Arrefecimento []		
			Gás	\$ _____ por _____	Aquecimento [] Arrefecimento []		
			Lenha ou Carvão	\$ _____ por _____	Aquecimento [] Arrefecimento []		
			Electricidade	\$ _____ por _____	Aquecimento [] Arrefecimento []		
			Telefone	\$ _____ por _____			
			Água	\$ _____ por _____			
			Esgotos	\$ _____ por _____			
			Recolha de Lixo	\$ _____ por _____			
			Outros	\$ _____ por _____			
Alguém paga parte dos custos de aquecimento ou arrefecimento da sua habitação? Sim [] Não []						LIHEAA	Ver
Em caso afirmativo, nome da(s) pessoa(s) que pagam parte dos custos de aquecimento ou arrefecimento						SUA	
Qual é o montante dos custos de aquecimento/arrefecimento que esta pessoa paga? \$ _____							

34

Paga, ou o seu cônjuge ou outro membro do agregado familiar, pelo alojamento e/ou refeições?

Sim Não

Em caso afirmativo, preencha as seguintes caixas sobre cada pessoa que paga alojamento e/ou refeições.

R B E X

Apelido	1º Nome	Inicial do 2º Nome	Montante Pago/Frequência \$ _____ por _____	O que é abrangido no alojamento/refeições? Apenas Alojamento [] Refeições (1-2) [] Refeições (3) []	Freq	Ver	Type
Apelido	1º Nome	Inicial do 2º Nome	Montante Pago/Frequência \$ _____ por _____	O que é abrangido no alojamento/refeições? Apenas Alojamento [] Refeições (1-2) [] Refeições (3) []			

35

Se está a candidatar-se a benefícios do programa SNAP, algum membro do seu agregado familiar tem mais de sessenta (60) anos ou está incapacitado e incorre em quaisquer despesas médicas não cobertas por um seguro de saúde?

Sim Não

EXEMPLOS

Prémios de seguro de saúde
Prémios MedicareAparelhos auditivos
ÓculosPróteses dentárias Medicamentos receitados
Transporte para tratamentos ou serviços médicos

Em caso afirmativo, preencha as seguintes caixas sobre cada pessoa que paga alojamento e/ou refeições.

F M E D

Apelido	1º Nome	Inicial do 2º Nome	Tipo de despesa médica	Montante Incorrido \$ _____ Com que frequência?	Quando prevê que isto termine?	Ver
Apelido	1º Nome	Inicial do 2º Nome	Tipo de despesa médica	Montante Incorrido \$ _____ Com que frequência?	Quando prevê que isto termine?	
Apelido	1º Nome	Inicial do 2º Nome	Tipo de despesa médica	Montante Incorrido \$ _____ Com que frequência?	Quando prevê que isto termine?	

SE APENAS ESTÁ A CANDIDATAR-SE AOS BENEFÍCIOS DO PROGRAMA SNAP, NÃO PREENCHA AS PERGUNTAS 36, 37 E 38 SEGUINTE.

36

Tem cobertura Medicare, ou o seu cônjuge ou outro membro do agregado familiar?

Sim Não

Em caso afirmativo, preencha as seguintes caixas sobre cada pessoa.

M E D I

Apelido	1º Nome	Inicial do 2º Nome	Número de Reclamação do Medicare _____ - _____		MPP	QDWI
Data de início da Parte A (mês/dia/ano)			Prémio da Parte A \$ _____	Quem paga esta despesa?	P A Y O R	
Data de início da Parte B (mês/dia/ano)			Prémio da Parte B \$ _____	Quem paga esta despesa?	PAYOR	BUY IN

Apelido	1º Nome	Inicial do 2º Nome	Número de Reclamação do Medicare _____ - _____		MPP	QDWI
Data de início da Parte A (mês/dia/ano)			Prémio da Parte A	Quem paga esta despesa?	P A Y O R	
Data de início da Parte B (mês/dia/ano)			Prémio da Parte B	Quem paga esta despesa?	PAYOR	BUY IN

37

Tem, ou o seu cônjuge ou outro membro do agregado familiar, cobertura de um programa de seguro de saúde ou de estomatologia ou organização de manutenção de saúde (HMO), que não seja Medicare, Medicaid, RiteCare ou RiteShare? Sim Não

Em caso negativo, algum membro do seu agregado familiar é elegível para cobertura do plano de saúde oferecido pela entidade patronal? Sim Não

Em caso negativo, algum membro do seu agregado familiar recusou ou rescindiu voluntariamente a cobertura de um seguro de saúde ou de estomatologia nos últimos quatro (4) meses? Sim Não

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

Em caso afirmativo, preencha as seguintes caixas. INSU

Nome do Titular da Apólice Apelido 1º Nome Inicial do 2º Nome			Nome do Seguro de Saúde e/ou Estomatologia	Tipo de Cobertura	Familiar [] Individual []	Se o prémio é pago por si Montante/Frequência \$ _____ por _____		
Número da Apólice	Número do Grupo	Este seguro é fornecido pela entidade patronal? Sim [] Não []		Em caso afirmativo, nome da entidade patronal que fornece o seguro		Code	Type	Req
Indique a seguir a(s) pessoa(s) cobertas por esta apólice.								
Apelido	1º Nome	Inicial do 2º Nome	Parentesco	Número da Apólice Individual	Data de Início	Data de Vencimento		

Nome do Titular da Apólice Apelido 1º Nome Inicial do 2º Nome			Nome do Seguro de Saúde e/ou Estomatologia	Tipo de Cobertura	Familiar [] Individual []	Se o prémio é pago por si Montante/Frequência \$ _____ por _____		
Número da Apólice	Número do Grupo	Este seguro é fornecido pela entidade patronal? Sim [] Não []		Em caso afirmativo, nome da entidade patronal que fornece o seguro		Code	Type	Req
Indique a seguir a(s) pessoa(s) cobertas por esta apólice.								
Apelido	1º Nome	Inicial do 2º Nome	Parentesco	Número da Apólice Individual	Data de Início	Data de Vencimento		

38

Tem, ou o seu cônjuge ou outro membro do agregado familiar, quaisquer despesas médicas por pagar? Sim Não

Em caso afirmativo, tinha alguma cobertura médica quando incorreu nessas despesas? Sim Não

Se tem quaisquer despesas médicas por pagar, preencha as seguintes caixas sobre cada pessoa que recebeu tratamento médico. MEDX

Apelido	1º Nome	Inicial do 2º Nome	Data do Serviço	A quem deve?	Montante devido
					\$ _____
					\$ _____
					\$ _____

APENAS PARA USO DO REQUERENTE/BENEFICIÁRIO

Use esta página para adicionar informações sobre as perguntas 1 a 38. Não se esqueça de incluir o número da pergunta.

Pergunta N° _____ Página N° _____

DIREITOS E RESPONSABILIDADES

Dos Requerentes/Beneficiários do Programa de Trabalho de Rhode Island (RIW - RI Works Program), do Programa de Ajuda Suplementar à Nutrição (SNAP - Supplemental Nutrition Assistance Program), da Assistência Médica (MA - Medical Assistance) e da Assistência às Populações (GPA - General Public Assistance)

DIREITOS (CONTINUAÇÃO)

O Departamento não divulga informações sobre si ou sobre outros membros do seu agregado familiar sem o seu consentimento, excepto conforme previsto nas Leis Gerais de Rhode Island nº 40-6-12 e 40-6-12.1, bem como nos regulamentos estipulados nos Manuais das Políticas do DHS e do programa SNAP. Qualquer pessoa culpada de violação das disposições das Leis Gerais de Rhode Island 40-6-12 será considerada culpada de uma contravenção. Os infractores estão sujeitos a uma coima máxima de duzentos dólares (\$200) ou a pena de prisão até seis (6) meses, ou ambos.

RESPONSABILIDADES

Você tem a RESPONSABILIDADE de fornecer ao Departamento informações exactas sobre os seus rendimentos, recursos e alojamento.

Você tem a RESPONSABILIDADE de nos informar imediatamente (no prazo de dez [10] dias) sobre quaisquer alterações aos seus rendimentos, recursos, composição familiar ou qualquer outra alteração que afecte o seu agregado familiar. Para a Ajuda Monetária do programa RIW deve informar-nos imediatamente (no prazo de cinco [5] dias) se por qualquer motivo uma criança deixar de fazer parte do seu agregado familiar. Para o programa SNAP e se tem a opção de "Informação Simplificada" (simplified reporter), deve comunicar alterações ao rendimento que excedam os rendimentos brutos do agregado familiar previstos na Norma de Rendimento Bruto para Requisitos de Elegibilidade do programa SNAP em relação à dimensão do seu agregado familiar.

Você tem a RESPONSABILIDADE de fornecer os seus números de segurança social, bem como os dos membros do seu agregado familiar (ou provar que os solicitou), ou solicitá-los, se a tal for obrigado, como requisito de elegibilidade. O seu número de Segurança Social, assim como os números de Segurança Social de todos os membros do seu agregado familiar para quem recebe assistência, serão verificados através de programas informáticos de cruzamento de dados com o Departamento do Trabalho e Formação Profissional, a Administração da Segurança Social, o Serviço de Finanças, o Serviço de Alimentação e Nutrição e outras entidades governamentais e não governamentais autorizadas por lei, regulamentos ou contratos, e serão submetidos a verificação pelas entidades federais, estaduais e locais. As informações sobre os rendimentos e a elegibilidade obtidas destas agências serão usadas para nos certificarmos de que o seu agregado familiar é elegível e que recebe o montante correcto de benefícios dos programas SNAP, GPA, Child Care (Cuidados Infantis), RIW e/ou Medical Assistance. Estas informações serão igualmente utilizadas para controlar a conformidade com os regulamentos do programa e para a gestão do mesmo. Estas informações poderão ser divulgadas a outras agências federais e estaduais para inspecção oficial, bem como a autoridades policiais para fins de detenção de pessoas que não cumpram a lei. Se surgir uma reclamação contra o seu agregado familiar, as informações sobre este formulário, incluindo todos os números de segurança social, podem ser comunicados a agências federais e estaduais, bem como a agências de cobrança privadas para acções de cobrança de créditos. O fornecimento das informações solicitadas é voluntário. Contudo, o não fornecimento de um SSN resultará na recusa de benefícios do programa SNAP a cada indivíduo que não forneça um SSN. Quaisquer SSN fornecidos serão utilizados e divulgados da mesma forma que os SSN de membros elegíveis do agregado familiar.

Você tem a RESPONSABILIDADE de comunicar e apresentar comprovativos das suas despesas indicadas nas perguntas 29 a 38, para poder receber o montante máximo permitido de benefícios do programa SNAP. A não comunicação ou apresentação de comprovativos das suas despesas será considerado como uma declaração de que não pretende receber uma dedução da despesa não comunicada ou não provada.

Você tem a RESPONSABILIDADE de cooperar totalmente com os funcionários estaduais e federais que realizam as análises de controlo de qualidade. Apenas os cidadãos norte-americanos e determinados imigrantes legais podem ser elegíveis para benefícios do programa SNAP. Se residirem consigo pessoas que não sejam cidadãs e que não sejam elegíveis, poderá, ainda assim, fazer o pedido e receber benefícios para outros membros elegíveis do seu agregado familiar. Não é obrigado(a) a fornecer informações relativas a imigração relacionadas com pessoas que não peçam esses benefícios, mas poderá ter que fornecer outras informações relativas a essas pessoas, tais como rendimentos e recursos.

DECLARAÇÃO DO REQUERENTE/BENEFICIÁRIO

(O Requerente Deve Ler e Assinar)

I. PROGRAMA DE TRABALHO DE RI (RIW), ASSISTÊNCIA MÉDICA (MA) E ASSISTÊNCIA ÀS POPULAÇÕES (GPA).

Sem ser necessário assinar qualquer documento, tomei conhecimento dos termos previstos na Lei Geral de Rhode Island, Secções 40-6-9, 40-6-10 ou 40-8-15, relativos ao seguinte:

a.) Sustento de Menores e Determinação da Paternidade

Atribuí ao Departamento de Serviços Humanos (DHS) todos e quaisquer direitos que possa ter como pessoa e como progenitor(a) para agir em meu nome ou do meu filho ou filhos, contra qualquer pessoa que não cumpra a obrigação de providenciar a assistência médica, o apoio e os cuidados de saúde para mim e para o meu filho ou filhos menores para os quais a assistência é paga pelo Departamento de Serviços Humanos. O Departamento de Serviços Humanos (DHS) está autorizado a levar a efeito a instauração de um processo judicial para estabelecer a paternidade e/ou obter apoio para mim ou para o meu filho ou filhos que recebem ou receberem assistência do Departamento de Serviços Humanos.

b.) Montantes Recuperáveis de Terceiros

Atribuí ao Departamento de Serviços Humanos (DHS) todos e quaisquer direitos para agir em meu nome ou em nome de qualquer pessoa que me possa representar legalmente, para recuperar qualquer montante de terceiros equivalente ao montante de ajuda financeira e assistência médica prestada, que resulte de acidente, lesão ou doença.

c.) Montantes Recuperáveis de Indemnização de Trabalhadores

O Departamento de Serviços Humanos (DHS) pode exercer um direito de retenção sobre qualquer decisão pendente, ordem ou acordo a que eu possa ter direito ao abrigo das disposições da Lei de Indemnização de Trabalhadores (Rhode Island Workers Compensation Act), Capítulos 28-29 a 28-38 da Legislação Geral de Rhode Island. A finalidade do direito de retenção é assegurar o reembolso ao Departamento dos pagamentos de ajuda financeira e assistência médica efectuados por mim ou em meu nome durante o período de decisão, ordem ou acordo da minha indemnização.

d.) Direito de Retenção relativo a Bens de Beneficiários Falecidos para Reembolso de Assistência Médica

O Departamento de Serviços Humanos (DHS) pode exercer um direito de retenção sobre os bens de beneficiários de Assistência Médica que à data do seu falecimento tinham cinquenta e cinco (55) anos de idade ou mais. A Lei Geral de Rhode Island 40-8-15 prevê que o montante total de Assistência Médica pago a favor de um beneficiário de Assistência Médica que tinha cinquenta e cinco (55) anos de idade ou mais na altura de receber essa assistência, constituirá uma dívida ao Estado e um direito de retenção sobre os bens do beneficiário a favor Departamento de Serviços Humanos. Não obstante, o direito de retenção não entrará em vigor e não se aplicará a um beneficiário a quem sobreviva um cônjuge ou filhos menores de vinte e um (21) anos, ou filhos invisuais ou incapacitados de forma total e permanente, nos termos definidos no Título XVI da Lei da Segurança Social (SSI).

Tomei conhecimento de que, como condição para receber os benefícios do programa RIW, exige-se a todas as pessoas a favor de quem solicito o programa RIW que cumpram os requisitos deste programa, salvo disposição em contrário prevista na lei.

Tomei conhecimento de que este pedido servirá de autorização ao Departamento de Serviços Humanos para obter dos prestadores de serviços médicos as informações pertinentes a meu respeito ou de qualquer pessoa incluída neste formulário enquanto o processo estiver aberto.

Confirmando e aceito que o DHS pode contactar outras pessoas ou organizações para obtenção das provas necessárias para determinar a minha elegibilidade e nível de benefícios.

II. REPRESENTANTE AUTORIZADO

Pode autorizar alguém alheio ao seu agregado familiar para 1) obter os benefícios do programa SNAP para si e/ou 2) utilizá-los para comprar alimentos para si. Se quer autorizar tal(is) representantes(s), escreva a seguir o nome da pessoa.

Apelido	1º Nome	Inicial do 2º Nome
Morada	Cidade	Código postal

Sob pena de perjúrio, confirmo a identidade dos menores descritos neste documento e confirmo que todas as informações contidas neste formulário são verdadeiras. Tenho conhecimento que estou a violar a lei se prestar informações erróneas e que posso ser punido(a) ao abrigo da legislação federal e da legislação estadual, ou ambas.

Assinatura do Requerente ou Beneficiário	Data	Assinatura do Representante Autorizado	Data
Assinatura do Cônjuge ou outro(a) progenitor(a) do(s) menor(s)	Data	Assinatura da Pessoa que o Ajuda a Preencher este Formulário	Data
Assinatura do Tutor, Curador ou Procurador	Data	Assinatura do Representante da Agência	Data

III. AVISO SOBRE AS SANÇÕES APLICÁVEIS PELO PROGRAMA SNAP

Tomei conhecimento de que:

1. Qualquer membro do meu agregado familiar que infrinja intencionalmente uma norma do Programa de Ajuda Suplementar à Nutrição (SNAP) pode ser excluído deste programa:

- *Por um período de um (1) ano pela primeira infracção, com ressalva do disposto nos números 2. e 3. a seguir;
- *Por um período de dois (2) anos após a segunda infracção, com ressalva do disposto nos números 2. e 3. a seguir;
- *Permanente pela terceira vez que infrinja de forma intencional qualquer norma do programa.

2. Se um tribunal federal, estadual ou local considerar que alguém usou ou recebeu benefícios do programa SNAP numa transacção que envolva venda de armas, munições ou explosivos, estas pessoas serão permanentemente consideradas não elegíveis para o programa de Ajuda Suplementar à Nutrição na primeira ocorrência dessa infracção.

3. As pessoas condenadas por tráfico de benefícios do programa SNAP de valor igual ou superior a quinhentos dólares (\$500) serão permanentemente desqualificadas do programa SNAP.

4. As pessoas que o Departamento considerar terem prestado, ou terem sido condenadas por um tribunal federal ou estadual por terem prestado uma declaração ou representação fraudulenta relativamente aos seus benefícios de forma simultânea, nos termos previstos no Programa de Ajuda Suplementar à Nutrição (SNAP) serão desqualificadas por um período de dez (10) anos.

NÃO preste informações falsas nem oculte informações para obter ou continuar a obter os benefícios do programa SNAP.

NÃO troque nem venda cartões de EBT.

NÃO utilize os benefícios do programa SNAP para comprar artigos não elegíveis, tais como bebidas alcoólicas e tabaco.

NÃO utilize o cartão de EBT de outra pessoa do seu agregado familiar.

O DHS pode utilizar ou partilhar as informações contidas neste formulário para a administração dos programas do DHS, bem como para a administração de outros programas de ajuda financiados a nível federal, de acordo com as disposições da legislação estadual e federal, contratos e regulamentos.

O DHS pode divulgar informações não identificáveis para fins de pesquisa. Qualquer divulgação de informações identificáveis deverá ser efectuada em conformidade com a legislação estadual e federal.

Compreendo as perguntas deste formulário e a sanção por ocultar ou prestar informações falsas, ou por infringir qualquer uma das regras enumeradas neste Aviso de Sanções.

IV. SANÇÕES POR PERJÚRIO

Declaro sob pena de perjúrio que as minhas respostas estão correctas, incluindo as informações sobre cidadania e estatuto de imigração, e completas tanto quanto é do meu melhor conhecimento e convicção. Tenho conhecimento de que ao abrigo das Leis Gerais Estaduais de Rhode Island, Secção 40-6-15, pode ser imposta uma coima máxima de \$1000 ou uma pena de prisão de até 5 anos, ou ambas, a uma pessoa que obtenha, tente obter ou ajude ou incite alguém a obter ajuda pública a que não tenha direito, ou que não comunique deliberadamente os rendimentos, recursos ou circunstâncias pessoais, bem como os respectivos aumentos que excedam o montante anteriormente comunicado.



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 DE REGISTO ELEITORAL

Use uma caneta e preencha com letra de imprensa. Todas as informações são obrigatórias, excepto quando indicado que são opcionais.

PODE UTILIZAR ESTE FORMULÁRIO PARA: PARA A INSCRIÇÃO ELEITORAL EM RI
TEM DE:

- Fazer o registo eleitoral em Rhode Island. * Ser residente legal de Rhode Island.
- Alterar o seu nome e/ou morada no seu registo. * Ser cidadão dos Estados Unidos.
- Escolher um partido político ou mudar de partido. * Ter pelo menos 16 anos de idade.
(Tem de ter pelo menos 18 anos de idade para votar no Dia das Eleições).

INSTRUÇÕES

Caixa 2: OBRIGATÓRIO. Os cidadãos de Rhode Island que tenham pelo menos 16 anos de idade podem fazer um pré-registo eleitoral preenchendo este formulário. Se não marcar uma destas caixas, este formulário ser-lhe-á devolvido. Se marcou NÃO em alguma destas afirmações, não preencha este formulário.

Caixa 3: Se está a fazer o registo eleitoral pela primeira vez em Rhode Island por correio ou se alguém o está a fazer por si, é **OBRIGATÓRIO** indicar o número da sua carta de condução ou o número do B.I. estadual emitido pelo Departamento de Veículos Motorizados de Rhode Island (Department of Motor Vehicles - DMV). Se não tiver nenhum deste documentos, deve indicar os 4 últimos dígitos do seu Número de Segurança Social. Se não fornecer as informações acima, ou se as mesmas não puderem ser verificadas, terá de se identificar perante um agente eleitoral antes da votação. Os formulários de identificação aceitáveis encontram-se disponíveis no site da Comissão de Eleições (Board of Elections) em <http://www.elections.ri.gov> ou contacte os seus Agentes Eleitorais (Board of Canvassers) (consulte o verso deste formulário).

Caixa 5: Uma pessoa apenas pode ter uma residência legal. Pode registar-se a partir da sua residência legal. Um apartamento ou uma estrada rural apenas podem ser usados como "Endereço Postal" na Caixa 6.

Caixa 9: Se pretender afiliar-se para votar, escolha um partido. Se deixar em branco a Caixa 9, será listado como não afiliado.

Caixa 10: Deve ASSINAR e DATAR o formulário de registo. Se não assinar nem datar o formulário, este ser-lhe-á devolvido.

Caixa 11: Se estiver a actualizar o registo eleitoral porque mudou legalmente de nome, escreva o seu nome legal anterior.

Caixa 12: Se estiver a actualizar o registo eleitoral porque mudou de morada, introduza a sua morada anterior, **mesmo se for fora do estado.**

Receberá um aviso de recepção deste formulário de registo eleitoral no prazo de 3 semanas. Se não o receber, contacte os seus Agentes Eleitorais (Board of Canvassers) locais (consulte o verso do formulário para ver a lista). Para perguntas e prazos relacionados com este formulário, vá ao site da Comissão de Eleições em <http://www.elections.ri.gov> ou contacte os seus Agentes Eleitorais locais (consulte o verso do formulário para ver a lista de moradas).

(Este formulário pode ser reproduzido)

1. Selecciona as caixas que se aplicam: <input type="checkbox"/> Novo registo eleitoral <input type="checkbox"/> Alteração de morada <input type="checkbox"/> Alteração de partido <input type="checkbox"/> Alteração de Nome			
2. Sou cidadão dos EUA e resido em RI <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Tenho pelo menos 16 anos de idade <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (tem de ter pelo menos 18 anos de idade para votar). Se marcou NÃO em alguma destas afirmações, não preencha este formulário.		3. Carta de condução ou Número de B.I. de RI: <input type="text"/> Se não tem carta de condução ou B.I. de RI, introduza os 4 últimos dígitos do seu número de segurança social: <input type="text"/> Se não tem nenhum destes números, veja as instruções para a Caixa 3.	
4. Apelido <input type="text"/> Sufixo (caso tenha) <input type="text"/>		Nome <input type="text"/> Nome do Meio (ou inicial) <input type="text"/>	
5. Morada (Não introduza um apartamento) <input type="text"/>		Apt. <input type="text"/> Cidade/Vila <input type="text"/> Estado <input type="text"/> Código Postal RI <input type="text"/>	
6. Endereço Postal (se diferente da Caixa 5) <input type="text"/>		Apt. <input type="text"/> Cidade/Vila <input type="text"/> Estado <input type="text"/> Código Postal <input type="text"/>	
7. Data de Nascimento (mm/dd/aaaa) Mês <input type="text"/> Dia <input type="text"/> Ano <input type="text"/>		8. N.º de Telefone/Endereço de E-mail (opcional) <input type="text"/>	
		9. Filiação partidária: <input type="checkbox"/> Americans Elect <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Democrata <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Republicano <input type="checkbox"/> Não filiado <input type="checkbox"/> Outro <input type="text"/>	
10. Juro ou afirmo que: - Não estou detido em nenhum estabelecimento prisional por condenação criminal. - Actualmente nenhum tribunal me considerou "mentalmente incapaz" de votar. - As informações que prestei são verdadeiras tanto quanto é do meu conhecimento sob pena de perjúrio. Caso tenha prestado informações falsas, posso ser multado, detido ou (caso não seja cidadão dos EUA) deportado ou ser-me negada a entrada nos Estados Unidos.			
<i>Official Use For Barcode</i>			
ASSINE O NOME COMPLETO OU COLOQUE UMA MARCA ABAIXO <div style="border: 1px solid black; width: 300px; height: 40px; margin-bottom: 10px;"></div> Data: <input type="text"/> (mm/dd/aaaa) Assinado <input type="text"/>			
Está interessado em trabalhar nas votações? (assinale a caixa abaixo) <input type="checkbox"/>			
Aviso: se assinar este formulário sabendo que o mesmo é falso, pode ser condenado e multado com uma coima de \$5000 ou ficar sujeito a uma pena de prisão de até 10 anos.			
11. NOME ANTERIOR (se diferente da Caixa 4) <input type="text"/>		12. MORADA DE REGISTO ANTERIOR (Cidade, Estado, CP e Condado) <input type="text"/>	

Return Address



Postage
Required Post
Office will not
deliver
without proper
postage.

Mail To: **BOARD OF CANVASSERS**

*****DOBRE AQUI E COLE NA PARTE SUPERIOR*****

INSTRUÇÕES PARA ENVIAR POR CORREIO O FORMULÁRIO DE REGISTO ELEITORAL

Um requerente que opte por enviar por correio o formulário de registo eleitoral pode fazê-lo da seguinte forma:

1. Dobre o formulário na linha pontilhada e cole a parte inferior à parte superior deste formulário.
2. Da lista abaixo, localize a morada dos agentes eleitorais na cidade/vila onde está a fazer o registo eleitoral e escreva essa morada no espaço apropriado, por baixo de **“Enviar para: BOARD OF CANVASSERS”** no lado endereçado do formulário de registo eleitoral. Escreva o seu endereço de remetente no espaço fornecido.

AVISO: Todos aqueles que interferir no seu direito à liberdade de registo eleitoral ou de escolha de um partido político serão punidos nos termos da lei. Se entender que alguém interferiu com o seu direito de se registar ou não ou no direito à liberdade de decisão ou de escolha do seu partido político, pode apresentar uma reclamação à Comissão de Eleições, 50 Branch Avenue, Providence, Rhode Island 02904.

AGENTES 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	Middletown Town Hall, 350 East Main Rd., Middletown, RI 02842	Richmond Town Hall, 5 Richmond Townhouse Rd., Wyoming, RI 02898	Woonsocket City Hall, P.O. Box B, 169 Main St., Woonsocket, RI 02895
East Providence City Hall, 145 Taunton Ave., East Providence, RI 02914	Narragansett Town Hall, 25 Fifth Ave., Narragansett, RI 02882	Scituate Town Hall, PO Box 328, North Scituate, RI 02857	

As perguntas sobre o registo eleitoral podem ser dirigidas a: Rhode Island Board of Elections

50 Branch Avenue
Providence, RI 02904
elections@elections.ri.gov