

STATE OF RHODE ISLAND
P.O. BOX 8709
CRANSTON, RI 02920-8787

**ESTADO DE RHODE ISLAND
DEPARTAMENTO DE SERVIÇOS HUMANOS**

Programa de Assistência à Nutrição Suplementar
(anteriormente conhecido como Programa de Cupons de Alimentos)

Este é o seu relatório provisório / de seis meses. Você deve:

- Responder a todas as perguntas neste formulário
- Assinar e devolver este formulário ao endereço listado acima

Você precisa assinar na linha de assinatura

Você não precisa vir ao escritório agora. Se tivermos quaisquer dúvidas sobre o que você nos informou, nós lhe telefonaremos.

Escreva um número de telefone onde você possa ser encontrado: _____.

Se este formulário não for preenchido e devolvido até a data de vencimento, seus benefícios do SNAP terminarão.

VOCÊ DEVE RESPONDER A CADA SEÇÃO ABAIXO E FORNECER VERIFICAÇÃO DAS INFORMAÇÕES SOLICITADAS NAS PERGUNTAS.

SEÇÃO 1 – ENDEREÇO / INFORMAÇÕES SOBRE DESPESAS COM MORADIA

Se o endereço listado acima não for o seu endereço atual, escreva seu novo endereço abaixo. Se o seu endereço mudou, você precisa anexar comprovante do seu novo endereço, despesas com moradia e serviços de utilidade pública.

Mesmo que o seu endereço não tenha mudado, você pode informar e anexar prova de qualquer mudança de despesas com moradia e serviços de utilidade pública.

Você tem despesas onde você mora atualmente? SIM NÃO

A fim de receber uma dedução para as suas despesas, você precisa fornecer prova / verificação, como cópia do contrato de locação, recibo do aluguel, demonstrativo de pagamento de hipoteca, fatura fiscal, fatura de seguro residencial, conta de aquecimento ou ar-condicionado.

Você tem despesas de aluguel ou quarto \$ _____ por _____
hipoteca \$ _____ por _____
impostos sobre propriedade imobiliária \$ _____ por _____
seguro residencial \$ _____ por _____

Você paga gás, óleo, eletricidade ou outra conta para o seu principal sistema de aquecimento?
 SIM NÃO

Você paga conta de eletricidade ou um custo adicional ao seu aluguel por ar-condicionado?
 SIM NÃO

Se você não tem despesas com aquecimento ou resfriamento, liste quaisquer outras despesas relativas a onde você mora:

Tipo de despesa _____ \$ _____ por _____
Tipo de despesa _____ \$ _____ por _____
Tipo de despesa _____ \$ _____ por _____

SEÇÃO 2 – PAGAMENTOS DE PENSÃO ALIMENTÍCIA PARA FILHOS

Alguém que mora com você paga pensão alimentícia para filhos por ordem do tribunal?
 SIM \$ _____ por _____ (inclua verificação) NÃO

SEÇÃO 3 – MEMBROS DO DOMICÍLIO

Preencha as caixas abaixo sobre cada pessoa no seu domicílio. Use uma folha de papel adicional se precisar de mais espaço.

Sobrenome	Nome	Inicial do meio	Relacionamento com você	Data de nascimento	Nº do Social Security
			VOCÊ		

SEÇÃO 4 – RENDA DO DOMICÍLIO

Forneça as seguintes informações sobre qualquer pessoa em seu domicílio que tenha qualquer renda salarial. Você deve incluir comprovante de renda pelos últimos 30 dias, como holerites ou, se for profissional autônomo, inclua declarações assinadas de proventos brutos e despesas do trabalho autônomo.

Pessoa com renda	Empregador / Negócio	Valor / Frequência
		por
		por
		por
		por

SEÇÃO 5 – RENDA NÃO SALARIAL

Forneça as seguintes informações sobre qualquer pessoa em seu domicílio que tenha renda não salarial. Exemplos de renda não salarial são: Social Security (RSDI, SSI), seguro desemprego, pensão alimentícia para filhos, benefícios de veteranos, dividendos, juros, pensão alimentícia para cônjuge e TDI.

Pessoa com renda	Tipo de renda não salarial	Valor / Frequência
		por
		por
		por
		por

SEÇÃO 6 – ASSINATURA

Certifico, sob pena de perjúrio, que as minhas respostas estão corretas e completas, salvo melhor crença e juízo. Sei que, sob a Legislação Geral do Estado de Rhode Island, Seção 40-6-15, uma multa máxima de \$1.000, ou prisão por até 5 (cinco) anos, ou ambos, podem ser impostas a uma pessoa que obtenha ou tente obter, ou ajude ou seja cúmplice de qualquer pessoa para obter assistência pública à qual não tenha direito, ou que intencionalmente não reporte renda, recursos ou circunstâncias pessoais ou aumentos que excedam o valor previamente reportado. Entendo que as informações que forneci neste formulário podem resultar em mudança ou término dos meus benefícios.

ASSINATURA _____ DATA _____

Você tem DIREITO a tratamento não discriminatório. De acordo com o Título VI da Lei de Direitos Civis de 1964 (42 U.S.C. 2000d et seq.), Seção 504 da Lei de Reabilitação de 1973, conforme emendado (29 U.S.C. 794); Lei de Americanos com Deficiências de 1990 (42 U.S.C. 12101 et seq.) e Título IX das Emendas de Educação de 1972 (20 U.S.C. 1681 et seq.); a Lei de Alimentos e Nutrição de 2008 (previamente a Lei de Cupons de Alimentos); a Lei de Discriminação por Idade de 1975; o Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA, implementando regulamentações (45 C.F.R. Partes 80 e 84) e o Departamento de Educação dos EUA implementando regulamentações (34 C.F.R. Partes 104 e 106); e o Departamento de Serviços de Agricultura, Alimentos e Nutrição dos EUA (7 C.F.R. 272.6); o Departamento de Serviços Humanos de Rhode Island (DHS) não discriminam com base em raça, cor, nacionalidade, deficiência, religião, crenças políticas, idade, religião ou sexo, em aceitação ou prestação de serviços, emprego ou tratamento, em sua educação e outras atividades do programa. Sob outras provisões da lei aplicável, o DHS não discrimina com base em orientação sexual. Para obter mais informações sobre estas leis, regulamentações e procedimentos de queixas de discriminação do DHS para a resolução de queixas contra discriminação, entre em contato com o DHS em 206 Elmwood Avenue, Providence, Rhode Island 02907, telefone 415-8500 (para surdos/deficientes auditivos 462-6239 ou 711). O Agente de Ligação das Relações Comunitárias é o coordenador da implementação do Título VI; o Administrador do Gabinete de Serviços de Reabilitação (ORS), ou seu designado, é o coordenador da implementação do Título IX, Seção 504 e ADA. O Diretor do DHS ou seu designado tem a responsabilidade em geral pela conformidade dos direitos civis do DHS.

De acordo com a legislação federal dos direitos civis e as políticas e regulamentações dos direitos civis do Departamento de Agricultura dos EUA (USDA), o USDA, suas Agências, gabinetes e funcionários, e instituições que participam ou administram programas do USDA estão proibidos de discriminar com base em raça, cor, nacionalidade, sexo, credo religioso, deficiência, idade, crenças políticas, ou de represália ou retaliação por prévia atividade de direitos civis em qualquer programa ou atividade conduzida ou financiada pelo USDA. Pessoas com deficiências que requeiram meios alternativos de comunicação para informações sobre o programa (ex: Braille, caracteres grandes, fitas de áudio, Linguagem Americana de Sinais, etc.), devem entrar em contato com a Agência (estadual ou local) onde solicitaram os benefícios. Indivíduos que sejam surdos, tenham deficiências auditivas ou da fala, podem entrar em contato com o USDA através do Serviço Federal de Relay pelo telefone (800) 877-8339. Além disto, informações sobre o programa podem estar disponíveis em outros idiomas além do inglês. Para apresentar uma queixa de discriminação contra o programa, preencha o Formulário de Queixa contra Discriminação do Programa do USDA (AD-3027) encontrado online em: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, e em qualquer escritório do USDA, ou escreva uma carta endereçada ao USDA, fornecendo todas as informações solicitadas no formulário. Para solicitar uma cópia do formulário de queixa, ligue para (866) 632-9992. Envie seu formulário preenchido ou carta para USDA por: (1) correio:

U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; (2) fax: (202) 690-7442; ou (3) e-mail: program.intake@usda.gov. Esta instituição oferece igualdade de oportunidades.

Você tem DIREITO a confidencialidade. O Departamento usa informações sobre você e outros membros do seu domicílio somente para fins diretamente relacionados à administração dos programas e em conformidade com as Normas de Privacidade para Informações de Saúde Identificáveis Individualmente da Lei de Portabilidade e de Responsabilidade dos Seguros de Saúde (HIPAA).

O Departamento não divulga informações sobre você ou outros membros do seu domicílio sem o seu consentimento, exceto conforme disposto na Legislação Geral de Rhode Island 40-6-12 e 40-6-12.1, regulamentações estabelecidas nos Manuais de Políticas do SNAP e do DHS. Qualquer pessoa considerada culpada de violar as cláusulas da Legislação Geral de Rhode Island 40-6-12 será declarada culpada de uma contravenção. Os violadores estão sujeitos a uma multa máxima de \$200 (duzentos dólares) ou prisão por até 6 (seis) meses, ou ambos.

O quadro abaixo lhe mostra alguns exemplos dos documentos que você precisará enviar junto com este Formulário de Relatório Provisório. Devolva este formulário de Relatório Provisório preenchido mesmo que você não tenha todos estes documentos. Se precisar de assistência para obter estes documentos, você pode entrar em contato com o funcionário listado na página 1 deste formulário.

Renda salarial	Holerites ou declaração em papel timbrado do empregador mostrando a renda bruta, datas de pagamento, cronograma de trabalho por hora e o número de horas trabalhadas nas últimas quatro semanas
Custos com moradia e residência	Recibo de aluguel, carnê de pagamento de hipoteca, contrato de aluguel/locação, declaração da pessoa que divide os custos de moradia, contas de serviços de utilidade pública, declaração das companhias de serviços de utilidades públicas, declaração do locador.
Pensão alimentícia para filhos que você paga	Se a sua obrigação de pagar pensão alimentícia para filhos mudou, forneça uma cópia da ordem do tribunal.
Renda não salarial	Cópia mais recente de cheque do Social Security ou carta de concessão; comprovante de desemprego, compensação por acidente de trabalho, pensão, pensão alimentícia para filhos, pensão alimentícia para cônjuge, TDI recebidos.