PLANTAÇÕES DO ESTADO DE RHODE ISLAND E PROVIDENCE
DEPARTAMENTO DE SERVIÇOS HUMANOS

Portuguese Version

FORMULÁRIO DO SUPPLEMENTAL NUTRITION ASSISTANCE PROGRAM (SNAP – PROGRAMA DE AJUDA SUPLEMENTAR À NUTRIÇÃO)

Anteriormente designado "Food Stamp Program"

ESTE FORMULÁRIO DESTINA-SE APENAS A AJUDA ALIMENTAR DO PROGRAMA SNAP.

PARA INFORMAÇÕES SOBRE AJUDA MÉDICA, MONETÁRIA E/OU CUIDADOS INFANTIS, CONTACTE UM CENTRO FAMILIAR DHS DE RHODE ISLAND.

CENTRO FAMILIAR REGIONAL DE WOONSOCKET

450 Clinton Street
Woonsocket, RI 02895
Telefone: (401) 235-6200
ou 1-800-510-6988
Fax: (40l) 235-6237

Serve:
Burrillville
Cumberland
Foster
Glocester
Lincoln
North Providence
North Smithfield
Smithfield
Woonsocket

CENTRO FAMILIAR REGIONAL DE PROVIDENCE

206 Elmwood Avenue
Providence, RI 02907
Telefone: (401) 415-8200
Fax: (401) 415-8349

Serve:
Cranston
Johnston
Providence
Scituate

CENTRO FAMILIAR REGIONAL DE NEWPORT

272 Valley Road
Middletown, RI 02842
Telefone: (401) 851-2100
ou 1-800-675-9397
Fax: (40l) 851-2105

Serve:
Jamestown
Little Compton
Middletown
Newport
Portsmouth
Tiverton

CENTRO FAMILIAR REGIONAL DE PAWTUCKET

249 Roosevelt Avenue
Pawtucket, RI 02860
Telefone: (401) 721-6600
ou 1-800-984-8989
Fax: (401) 721-6659

Serve:
Barrington
Bristol
Central Falls
East Providence
Pawtucket
Warren

CENTRO FAMILIAR REGIONAL DE WARWICK

195 Buttonwoods Avenue
Warwick, RI 02886
Telefone: (401) 736-1400
ou 1-800-282-7021
Fax: (401) 736-1443

Serve:
Warwick
West Warwick

CENTRO FAMILIAR REGIONAL DE SOUTH COUNTY (CENTRO OLIVER STEDMAN)

4808 Tower Hill Road
Wakefield, RI 02879
Telefone: (401) 782-4300
ou 1-800-862-0222
Fax: (401)782-4316

Serve:
Charlestown
Coventry
East Greenwich
Exeter
Hopkinton
Narragansett
New Shoreham
North Kingstown
Richmond
South Kingstown
West Greenwich
Westerly

SOU ELEGÍVEL? COMO FAÇO O PEDIDO? COMO POSSO OBTER AJUDA PARA EFECTUAR O PEDIDO?
A lista dos gabinetes SNAP do DHS de RI encontra-se acima.
Na Internet em WWW.FOODSTAMPS.RI.GOV ou WWW.DHS.RI.GOV
Linha de informações do DHS de RI 401-462-5300
Auxílio para Pedidos SNAP de Alcance Comunitário 1-866-306-0270

PASSOS A SEGUIR

PASSO 1- FAZER O PEDIDO ONLINE OU PREENCHER, ASSINAR E DATAR ESTE FORMULÁRIO. Assine cada caixa com o título "Assinatura Obrigatória." Estas caixas para a assinatura estão situadas na página 2 de 4, 4 de 14 e 13 de 14. Ao preencher este formulário, pode utilizar as secções "Folha de Rascunho" para ter mais espaço. Se precisar de ajuda, contacte o seu gabinete SNAP local ou ligue para o número de Auxílio para Pedidos do Programa SNAP de Alcance Comunitário que se encontra na parte da frente.
Se você e/ou todos os membros do seu agregado familiar forem idosos (60 ou mais anos de idade), apenas precisa de responder às perguntas que têm um "*", salvo indicação contrária do seu funcionário do DHS durante a sua entrevista.

NÃO ASSINALE AS SECÇÕES À DIREITA DAS PERGUNTAS (isto é, MEMB VER ☐) NEM QUAISQUER SECÇÕES ONDE ESTEJA ASSINALADO "Apenas Para Uso da Agência".

PASSO 2- ENVIE POR E-MAIL, FAX OU ENTREGUE o seu formulário num gabinete SNAP local para um processamento atempado. Temos de ter um formulário ASSINADO NO GABINETE DO DHS de modo a que lhe possamos colocar um carimbo com a data e procedermos ao seu processamento. Pode apresentar imediatamente este formulário assim que obtivermos a frente e o verso da Parte 1 - Página número 1 de 14 do pedido com o seu nome, morada, número de telefone e a assinatura de um membro responsável do agregado familiar ou representante autorizado.

PASSO 3-É OBRIGATÓRIA UMA ENTREVISTA. De modo a determinar se é ou não elegível tem de ser entrevistado(a). As informações fornecidas no formulário de benefícios do programa SNAP são submetidas a verificação por parte de entidades federais, estaduais e locais de modo a determinarem se essas informações são factuais; se alguma informação estiver incorrecta, os benefícios do programa SNAP podem ser negados e o requerente pode ser sujeito a processo criminal por ter fornecido intencionalmente informações incorrectas ou falsas. Somos obrigados a verificar essas informações e a determinar a elegibilidade no prazo de trinta (30) dias a partir da data de recepção do seu pedido, a menos que tenha direito a receber benefícios imediatos no prazo de sete (7) dias (consultar a página seguinte). Os benefícios são fornecidos a partir da data de entrega do formulário. A data de apresentação do pedido para requerentes que estejam para ser libertados da prisão é a data de libertação da instituição.

Consulte a contracapa interior, Directrizes do Programa SNAP – Folha de Recursos, para obter as Directrizes de Elegibilidade dos Benefícios do Programa SNAP.

APENAS PARA USO DA AGÊNCIA: Autorização Pessoal de Participação

Registo Prévio		Estado	RL	Data do Formulário	Nº de Segurança Social		
SNAP	☐ SIM ☐ NÃO						

DISPOSIÇÃO: **MEMB VER** ☐

PEDIDO ☐ NOVA CERTIFICAÇÃO ☐ DATA DA ENTREVISTA:_____

HABILITAÇÕES LITERÁRIAS: GED ☐ HS ☐ CERTIFICADO ☐ GRAU ☐ OUTRO ☐

Comentários: _____

_____ _____

Assinatura do Examinador/Entrevistador Data

Apenas Para Uso da Agência:
Carimbo com a data

Despachado ☐**SIM** ☐**NÃO**

Podemos ajudá-lo(a) caso tenha alguma incapacidade ou condição que lhe dificulte compreender ou responder às perguntas indicadas neste formulário. Por exemplo, podemos ler o formulário consigo e escrever as respostas por si. Podemos disponibilizar outras acomodações, consoante a ajuda que precisar. Informe-nos.

***1. Precisa de um intérprete?** ☐ **Sim** ☐ **Não** Se necessário, os serviços de interpretação são prestados gratuitamente.

***Responda às seguintes perguntas:**

a. Fala inglês? ☐ **Sim** ☐ **No** Em caso negativo, qual o seu idioma principal? _____

b. Algum membro adulto do seu agregado familiar fala inglês? ☐ **Sim** ☐ **Não**

c. Sabe ler e escrever em inglês? ☐ **Sim** ☐ **Não**

***Como gostaria de ser entrevistado(a)? ASSINALE UMA DAS OPÇÕES: ENTREVISTA TELEFÓNICA ☐ (O DHS contactá-lo(a)-á)(ou)ENTREVISTA NOS NOSSOS SERVIÇOS ☐ IMPORTANTE: Se não assinalar nenhuma das opções, ser-lhe-á marcada uma entrevista telefónica.**

TEM DE INDICAR UM NÚMERO DE TELEFONE PARA O QUAL O(A) PODEMOS CONTACTAR:

_____ _____

Durante o dia **À noite**

_____ _____ _____ _____

Nome **I.M.** **Apelido** **Nome de Solteira**

Nº Segurança Social _____ - _____ - _____ **Data de Nascimento**_____ - _____ - _____

Estado Civil: Solteiro(a) ☐ **Casado(a)** ☐ **Divorciado(a)** ☐ **Outro** ☐ **Sexo: Masculino** ☐ **Feminino** ☐

_____ _____ _____ _____ _____

Avenida/Rua **Apt. #** **Cidade** **Estado** **Código Postal**

_____ _____ _____ _____ _____

Endereço Postal (Se diferente) **Apt. #** **Cidade** **Estado** **Código Postal**

***2. É elegível para serviço imediato?**

PODE OBTER BENEFÍCIOS DO PROGRAMA SNAP, CASO SEJA ELEGÍVEL, NO PRAZO DE 7 DIAS, SE: o seu rendimento e o dinheiro que tem no banco totalizarem menos do que a sua despesa mensal de alojamento; ou se o seu rendimento mensal for inferior a $150 e o dinheiro que tem no banco, bem como os recursos líquidos, forem inferiores a $100; ou se for migrante ou trabalhador agrícola sazonal.

a. Que quantia têm os membros do seu agregado familiar em dinheiro disponível no banco? $_____

b. Qual o montante total do rendimento de qualquer fonte (incluindo rendimento não auferido como Apoio a Menores, SSI, TDI, Subsídio de Desemprego ou SSDI, etc.) o seu agregado familiar espera receber este mês? $_____

c. Qual o montante do pagamento mensal actual da sua renda/hipoteca? $_____ Serviços públicos? $_____

d. Alguém no seu agregado familiar é migrante ou trabalhador agrícola sazonal? ☐ **Sim** ☐ **Não**

Se tem filhos, pode qualificar-se para outros serviços. Telefone ou visite o seu gabinete DHS local.

***3. O meu acordo de habitação é (Assinalar uma opção):**

- ☐ 01 Habitação para idosos/incapacitados
- ☐ 02 Centro de reabilitação de drogas/álcool
- ☐ 03 Casa para incapacitados/invisuais
- ☐ 04 Centro de acolhimento para mulheres mal tratadas
- ☐ 05 Abrigo
- ☐ 06 Habitação/caravana própria
- ☐ 07 Habitação/apartamento/atrelado alugado
- ☐ 08 Vive em casa/apartamento de outra pessoa
- ☐ 09 Sem morada permanente
- ☐ 10 Casa de reintegração
- ☐ 11 Não tradicional: corredor, estrada, automóvel
- ☐ 12 Instituição de cuidados e apoio domiciliários
- ☐ 13 Instalação de Cuidados a Longo Prazo
- ☐ 99 Outro (especificar) _____

***4. Alguém em sua casa está escondido ou evadido para evitar um processo, ser detido ou ir para a prisão por um crime, tentativa de crime, ou por infringir uma liberdade condicional ou uma pena suspensa?** ☐ **SIM** ☐ **NÃO**

Em caso afirmativo, indique o(s) nome(s) do(s) membro(s) do agregado familiar:

NOME: _____ DATA: _____ESTADO:_____

***5. Alguma vez recebeu, ou alguém que faça o pedido consigo, subsídios SNAP/Food Stamps (Vales para Alimentos), Ajuda Monetária (TANF) ou subsídios de Assistência Médica (MA) de outro Estado?** ☐ **SIM** ☐ **NÃO**

Em caso afirmativo, indique o(s) nome(s) do(s) membro(s) do agregado familiar _____
ESTADO: _____

DATA DE INÍCIO _____ DATA DE FIM _____

***6. Você, ou alguém que faça o pedido por si, alguma vez foi condenado por trocar prestações SNAP/Ajuda Alimentícia por armas, munições ou explosivos após 22 de Setembro de 1996?** ☐ **SIM** ☐ **NÃO**

Em caso afirmativo, indique o(s) nome(s) do(s) membro(s) do agregado familiar _____

***7. Gostaria de autorizar outra pessoa além de si a fazer o pedido por si?** ☐ **SIM** ☐ **NÃO**

Em caso afirmativo, indique o nome do representante autorizado: _____

Nº. Telefone Diurno:_____ **Nº. Telefone Nocturno:**_____

****Assinatura Obrigatória****

Ao assinar este formulário, confirmo, sob pena de perjúrio, que li (ou que alguém me leu) e que compreendi o Aviso de Direitos, as Responsabilidades e as Sanções, e que as minhas respostas estão correctas 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.

Assinatura do Requerente ou Beneficiário	**Data**	**Assinatura do Representante Autorizado**	**Data**
Assinatura do Cônjuge ou outro(a) progenitor(s) da(s) criança(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**

Ao apresentar EXCLUSIVAMENTE a parte da frente e o verso desta página com o Nome, Morada, Número de Telefone e a Assinatura permite-nos *apenas* colocar o carimbo com a data e iniciar este pedido. Deve *ser* entrevistado(a) de modo a determinarmos a elegibilidade em ambos os casos processados imediatos e regulares. Os benefícios imediatos estão activos *apenas*até 2 meses. Para determinar a elegibilidade da continuidade dos benefícios, deve assinar e preencher a PARTE I e a PARTE II deste formulário. Traga consigo ou envie a documentação obrigatória de modo a determinar a continuidade dos benefícios.

CANCELAMENTO DO PEDIDO ____*APENAS PARA USO DA AGÊNCIA*****

Depois de participar na entrevista de avaliação, não pretendo apresentar um formulário neste momento. Tomei conhecimento de que posso apresentar um novo formulário em qualquer altura. Tomei conhecimento de que este formulário será recusado e que me será enviado um aviso de recusa. Indique o motivo do cancelamento do pedido:

_____

_____ _____
Assinatura do requerente Data

FORMULÁRIO PARA OS BENEFÍCIOS SNAP - PARTE II

*1. Precisa que alguém que preencha o formulário por si? ☐ SIM ☐ NÃO

Pode escolher um representante autorizado para preencher o seu formulário, dar informações na sua entrevista e falar com o funcionário do DHS sobre o seu caso. Se pretender ter um representante autorizado, preencha as seguintes informações sobre essa pessoa:

NOME:_____ **NÚMERO DE TELEFONE:**_____

MORADA: _____

MEMB VER ☐

*2. Quem vive em sua casa? Inclua-se como Membro 1.

* **Códigos do Estado Civil: C - Casado(a) S - Separado(a) D - Divorciado(a) V - Viúvo(a) N - Nunca Casou** ** **Códigos da Raça: B - Branco I - Índio Americano/Nativo do Alasca B - Americano Negro ou Africano N - Nativo do Havai/Insular do Pacífico A - Asiático**

Preencha as seguintes informações relativas a todas as pessoas que vivem em sua casa. **Certifique-se de que indica todas as pessoas, mesmo que não pretendam ajuda.**				**Indique as informações neste lado apenas se a pessoa estiver a solicitar benefícios.** (O preenchimento da secção da raça é voluntário, não afectará a elegibilidade nem o nível dos benefícios; o motivo dessa informação é garantir que os benefícios do programa são distribuídos independentemente da raça, cor da pele ou nacionalidade.)					
Nome	**Parentesco** (Cônjuge, Filho, Filha, Irmã(o), Amigo, etc.)	**Requerente de Benefícios** *(Faça um círculo à volta de uma opção)*	**Data de Nascimento**	**Número de Segurança Social**	**Sexo** *(Faça um círculo à volta de uma opção)*	**Estado Civil** *	**Raça** **	**Hispânica ou Latina** *(Faça um círculo à volta de uma opção)*	**Cidadão(ã) dos EUA** *(Faça um círculo à volta de uma opção)*
Apelido: **Nome e IM:**	**Próprio**	**Sim Não**		_____/_____/_____	**M F**			**Sim Não**	**Sim Não**
Apelido: **Nome e IM:**		**Sim Não**		_____/_____/_____	**M F**			**Sim Não**	**Sim Não**
Apelido: **Nome e IM:**		**Sim Não**		_____/_____/_____	**M F**			**Sim Não**	**Sim Não**
Apelido: **Nome e IM:**		**Sim Não**		_____/_____/_____	**M F**			**Sim Não**	**Sim Não**
Apelido: **Nome e IM:**		**Sim Não**		_____/_____/_____	**M F**			**Sim Não**	**Sim Não**

Use a folha de rascunho para registar quaisquer outros membros e/ou informações adicionais para qualquer pergunta deste formulário. Para garantir a exactidão do processamento, escreva o número da pergunta correspondente e o número da página do formulário na folha de rascunho incluída na página 13.

3. Se vive num agregado familiar com um menor (com menos de 18 anos), existe mais de um(a) progenitor(a) adulto ou adulto além de si que partilhe o poder paternal da(s) criança(s)? ☐ **SIM** ☐ **NÃO**

PARE VER ☐

Se vive num agregado familiar deste tipo, designe um(a) progenitor(a) adulto(a) ou adulto que tenha o poder paternal das crianças como chefe do agregado familiar aqui:

NOME: _____

***4. Se você ou alguém que estiver a efectuar um pedido de benefícios não for cidadão dos EUA, forneça informações sobre o estatuto actual de cada requerente membro do agregado familiar nos Estados Unidos preenchendo as informações abaixo.**

AL VER ☐

NOME: _____ País de Origem: _____

Número de Registo de Imigrante: _____ Número de Imigração: _____

Data em que entrou nos Estados Unidos: _____ Nome do Responsável: _____

Morada do Responsável: _____

Estatuto de Imigrante: ☐Refugiado ☐ Residente Permanente ☐ Outro Data de Entrada:_____ Data de Estatuto Legal de Residente Permanente LPR: _____

NOME: _____ País de Origem: _____

Número de Registo de Imigrante: _____ Número de Imigração: _____

Data em que entrou nos Estados Unidos: _____ Nome do Responsável: _____

Morada do Responsável: _____

Estatuto de Imigrante: ☐Refugiado ☐ Residente Permanente ☐ Outro Data de Entrada:_____ Data de Estatuto Legal de Residente Permanente LPR: _____

SAV-1 VER ☐

Assinatura Obrigatória

**** Todos os Requerentes Devem Assinar Aqui Independentemente do Estatuto de Cidadania****

CERTIFICAÇÃO DE CIDADANIA/QUALIDADE DE ESTRANGEIRO

Certifico, sob pena de perjúrio, ao assinar o meu nome abaixo, que as informações que forneci na pergunta NÚMERO 2 e na pergunta NÚMERO 4 são correctas e completas relativamente à cidadania/qualidade de estrangeiro de CADA requerente tanto quanto é do meu melhor conhecimento e convicção.

NOME: _____

ASSINATURA:_____ **DATA:** _____

O estatuto de imigrante dos membros do agregado familiar do requerente pode ser submetido a verificação pelos Serviços de Imigração e Cidadania dos Estados Unidos (United States Citizen and Immigration Services - USCIS) mediante o envio de informações do requerente ao USCIS, e as informações enviadas recebidas pelo USCIS poderão afectar a elegibilidade do agregado familiar e o nível dos benefícios.

***5. Vive, ou algum membro do seu agregado familiar, num alojamento colectivo como os indicados abaixo?** ☐ **SIM** ☐ **NÃO**

Em caso afirmativo, preencha as informações abaixo para cada membro do agregado familiar:

GROP VER ☐

(Centro de acolhimento para pessoas sem abrigo, Centro de tratamento para alcoólicos/toxicodependentes, Hospital, Instituição de apoio domiciliário, Dormitório, Estabelecimento Correccional, Alojamento colectivo, Centro de acolhimento para mulheres mal tratadas).

Nome do membro do seu agregado familiar que vive num alojamento colectivo — Nome da instituição

_____ _____

_____ _____

6. Frequenta, ou alguém do seu agregado familiar com dezasseis (16) anos ou idade superior, uma escola secundária, uma faculdade, uma escola profissional ou um programa de formação laboral? ☐ **SIM** ☐ **NÃO**

Em caso afirmativo, preencha as informações abaixo para cada pessoa:

SCHL VER ☐ **FORM-C1A**

Nome:_____ Assinalar uma das opções: ☐ A tempo inteiro ☐ A tempo parcial ☐ Menos que a tempo parcial

Escola ou programa de formação:_____ Data de conclusão: _____

Nome:_____ Assinalar uma das opções: ☐ A tempo inteiro ☐ A tempo parcial ☐ Menos que a tempo parcial

Escola ou programa de formação:_____ Data de conclusão: _____

Nome:_____ Assinalar uma das opções: ☐ A tempo inteiro ☐ A tempo parcial ☐ Menos que a tempo parcial

Escola ou programa de formação:_____ Data de conclusão: _____

***7. Existe alguém em sua casa que não compre nem prepare refeições consigo?** ☐ **SIM** ☐ **NÃO**

Em caso afirmativo, preencha as informações abaixo para cada pessoa:

Nome: _____ Nome: _____

Nome:_____ Nome: _____

***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 informações abaixo:

DISA VER ☐

Nome: _____ Problema médico (descreva)_____ Foi provocado por um acidente? ☐ **SIM** ☐ **NÃO**

Essa pessoa solicitou benefícios de SSI ou da Segurança Social (RSDI)? ☐ **SIM** ☐ **NÃO** Esta pessoa requereu Subsídios para Veteranos (Veteran Benefits – VA)? ☐ **SIM** ☐ **NÃO**

Nome: _____ Problema médico (descreva)_____ Foi provocado por um acidente? ☐ **SIM** ☐ **NÃO**

Essa pessoa solicitou benefícios de SSI ou da Segurança Social (RSDI)? ☐ **SIM** ☐ **NÃO** Esta pessoa requereu Subsídios para Veteranos (Veteran Benefits – VA)? ☐ **SIM** ☐ **NÃO**

9. Alguém do seu agregado familiar saiu do emprego nos últimos 60 dias? ☐ **SIM** ☐ **NÃO**
Está alguém actualmente a fazer greve? ☐ **SIM** ☐ **NÃO**

Em caso afirmativo, preencha as informações abaixo para cada pessoa:

QUIT/STRK VER ☐

Nome	Motivo da Saída	Entidade Patronal	Último Dia de Trabalho/Data de Início da Greve	Último Dia de Pagamento
_____	_____	_____	_____	_____

***10. Alguém do seu agregado familiar, incluindo crianças, ganha ou espera ganhar rendimentos laborais?** ☐ **SIM** ☐ **NÃO**

Em caso afirmativo, indique abaixo todos os rendimentos de trabalho:

JINC VER ☐

Nome	**Entidade Patronal**	**Rendimento Bruto deste Mês** (Incluindo Gorjetas e Comissão)	**Horas Trabalhadas Por Semana**	**Remuneração/Salário por Hora**	**Frequência do Pagamento** (Mensal, semanal, quinzena, etc.)	**Data do Próximo Pagamento**
Apelido Nome e IM		**$**		**$**		
Apelido Nome e IM		**$**		**$**		
Apelido Nome e IM		**$**		**$**		

As informações disponíveis através do sistema de verificação do rendimento e da elegibilidade (Income and Eligibility Verification System - IEVS) serão solicitadas, utilizadas e poderão ser verificadas através de contactos colaterais. Em caso de se verificarem discrepâncias, essas informações poderão afectar a elegibilidade e o nível dos benefícios do agregado familiar.

***11. Recebe, ou o seu cônjuge, ou alguém do seu agregado familiar, rendimentos de rendas?** ☐ **SIM** ☐ **NÃO**

Em caso afirmativo, preencha as informações abaixo:

RINC VER ☐

Nome do Proprietário	Total da Renda Recebida / Frequência	Horas trabalhadas por mês na manutenção do imóvel	Número de Unidades
_____	$_____ Por_____	_____	_____
_____	$_____ Por_____	_____	_____

A(s) pessoa(s) indicada(s) acima vive(m) no imóvel arrendado? ☐ **SIM** ☐ **NÃO**

Hipoteca Principal $ _____ Por _____Impostos $ _____ Por _____Seguro $ _____ Total _____

Juro da Hipoteca $ _____ Por _____Gás/Combustível $ _____ Por _____Água $ _____ Total _____

Seguro $ _____ Por _____Esgotos $ _____ Por _____Reparações $ _____ Total _____

Lixo $ _____ Por _____Electricidade $ _____ Por _____Outro $ _____ Total _____

***12. Recebe pagamentos, ou alguém do seu agregado familiar, por alojamento e/ou refeições?** ☐ **SIM** ☐ **NÃO**

Em caso afirmativo, preencha as informações abaixo:

RBIN VER ☐

Nome da pessoa que recebe o pagamento: Montante pago / Frequência Este rendimento será recebido nos próximos meses?

_____ $_____ Por _____ ☐ SIM ☐ NÃO

Nome da pessoa que paga:_____

O que cobre este pagamento? Apenas alojamento _____ Alojamento/Refeições (1-2 refeições) _____ Alojamento/Refeições (3 refeições) ou mais por dia _____

Apenas1 - 2 refeições _____ Apenas 3 ou mais refeições _____ Acolhimento de crianças (Alojamento e 3 refeições ou mais por dia) _____

***13. Recebe, ou o seu cônjuge, ou alguém do seu agregado familiar, rendimentos de trabalho por conta própria?** ☐ **SIM** ☐ **NÃO**

Em caso afirmativo, preencha as informações abaixo para cada membro do agregado familiar que receba rendimentos de trabalho por conta própria:
Os exemplos incluem, entre outros: jardinagem, trabalho como cabeleireiro(a), obras, pesca, cuidar de crianças, vendas porta a porta, vendas para festas caseiras ou arrendamento de imóveis.

BUSI VER ☐

NOME:_____ RENDIMENTO BRUTO_____ POR:_____

NÚMERO MÉDIO DE HORAS DE TRABALHO EFECTIVO POR SEMANA_____

NOME DA ACTIVIDADE: _____ DATA DE INÍCIO DA ACTIVIDADE: _____

ESTE RENDIMENTO SERÁ RECEBIDO NO PRÓXIMO MÊS? _____

ENUMERE TODO O RENDIMENTO DA SUA ACTIVIDADE:

TIPO DE RENDIMENTO/TRABALHO	MONT. DO RENDIMENTO	DESPESAS	FREQUÊNCIA Mensalmente	Anualmente

NOME:_____ RENDIMENTO BRUTO_____ POR:_____

DESPESAS: $_____ NÚMERO MÉDIO DE HORAS DE TRABALHO EFECTIVO POR SEMANA _____

NOME DA ACTIVIDADE: _____ DATA DE INÍCIO DA ACTIVIDADE: _____

ESTE RENDIMENTO SERÁ RECEBIDO NO PRÓXIMO MÊS?_____

ENUMERE TODO O RENDIMENTO DA SUA ACTIVIDADE:

TIPO DE RENDIMENTO/TRABALHO	MONTANTE DO RENDIMENTO	FREQUÊNCIA
	$	
	$	
	$	
	$	
	$	

14. Recebe, ou alguém do seu agregado familiar, rendimentos de estágios, escolares, bolsas de estudos, empréstimos educacionais ou benefícios educacionais para veteranos? ☐ **SIM** ☐ **NÃO**

Em caso afirmativo, preencha as informações abaixo:

STIN VER ☐

NOME_____ TIPO DE EMPRÉSTIMO/SUBVENÇÃO _____

PERÍODO COBERTO_____ATÉ_____MONTANTE $_____

***15. Recebe ou espera receber, ou alguém no seu agregado familiar, incluindo crianças, rendimentos não provenientes de um emprego?** ☐ **SIM** ☐ **NÃO**

Em caso afirmativo, preencha as informações abaixo.

UNEA VER ☐

Os exemplos incluem, entre outros: Conta bancária, Apoio a menores, Pensão de alimentos, Segurança Social (RSDI, SSI), Subsídio de desemprego, TDI, Indemnização de Trabalhadores, Subsídio para veteranos, Reforma, Juros, Pensões, Anuidades, Dividendos, Prémios, Dinheiro de familiares e amigos, Subsídio de adopção, Subsídio para acolhimento de crianças, Pagamento militar, Herança, Lotaria, Patrocínio de imigração, Imposto sobre os rendimentos, Presentes, etc.

NOME:_____ TIPO DE RENDIMENTO:_____MONTANTE BRUTO ESTE MÊS: _____

NOME:_____ TIPO DE RENDIMENTO:_____MONTANTE BRUTO ESTE MÊS: _____

NOME:_____ TIPO DE RENDIMENTO:_____MONTANTE BRUTO ESTE MÊS: _____

NOME:_____ TIPO DE RENDIMENTO:_____MONTANTE BRUTO ESTE MÊS: _____

NOME:_____ TIPO DE RENDIMENTO:_____MONTANTE BRUTO ESTE MÊS: _____

Este rendimento continuará a ser recebido no próximo mês? ☐ SIM ☐ NÃO

**(Se comunicar e apresentar provas das suas despesas indicadas nas perguntas 16 a 22, receberá a quantia máxima permitida de prestações do programa SNAP. A não comunicação ou apresentação de provas das suas despesas será considerado como uma declaração de que não pretende receber uma dedução da despesa não comunicada ou não provada).*

16. Alguém do seu agregado familiar paga custos de infantários ou lares de idosos ou adultos incapacitados devido a estar empregado, em formação, à procura de trabalho ou na escola? ☐ **SIM** ☐ **NÃO**

Em caso afirmativo, preencha as informações abaixo.

DCEX VER ☐

Nome da pessoa que paga esses cuidados — Motivo (*faça um círculo à volta de uma opção*)

1._____ Escola / Trabalho

2._____ Escola / Trabalho

Nome(s) da(s) pessoa(s) que paga(m) esses cuidados	Tipo de Cuidados (faça um círculo à volta de uma opção)	Custo dos Cuidados / Frequência	Os custos são subsidiados? *(* ou seja, cuidados de crianças financiados pelo Estado *)*	Em caso afirmativo, Montante do Subsídio
1. _____	Adulto / Criança	$_____ por_____	☐ SIM ☐ NÃO	$_____
2._____	Adulto / Criança	$_____por_____	☐ SIM ☐ NÃO	$_____
3._____	Adulto / Criança	$_____por_____	☐ SIM ☐ NÃO	$_____
4._____	Adulto / Criança	$_____por_____	☐ SIM ☐ NÃO	$_____

17. Paga, ou alguém do seu agregado familiar, apoio a menores ou pensão de alimentos ordenados por um tribunal a outro agregado familiar?
☐ SIM ☐ NÃO

Em caso afirmativo, preencha as informações abaixo:

SUPP VER ☐

Quem paga	Montante Pago / Frequência	Nome das crianças a quem o apoio é pago
_____	_____por_____	_____
Quem paga	Montante Pago / Frequência	Nome das crianças a quem o apoio é pago
_____	_____ por_____	_____

***18. Paga ou partilha, ou alguém do seu agregado familiar, uma renda, pagamento de hipoteca, impostos sobre imóveis, seguro, lote/renda, empréstimo imobiliário com hipoteca, despesas de condomínio ou outros custos da habitação onde vive? ☐ SIM ☐ NÃO**

Em caso afirmativo, preencha as informações abaixo:

RENT/HOME VER ☐

Renda $_____ por_____

Incluído na Renda?
Aquecimento ☐ Serviços públicos ☐

A renda é subsidiada? (ou seja, Secção 8)?
☐ Sim ☐ Não

Em caso afirmativo, o montante do subsídio é
$_____por_____

Em caso de aluguer, indique nome do Senhorio _____ Morada do senhorio _____

Número de telefone do senhorio _____ Partilha o custo da renda com alguém? ☐ Sim ☐ Não

Em caso afirmativo, Nome _____ Montante $_____ por _____

Hipoteca_____ total _____ Juro $_____ por _____ Impostos sobre Imóveis $_____ por _____

Seguro do Proprietário $_____ por _____ Lote/Aluguer $_____ por _____ Outro $_____ por _____

Detentor da hipoteca e morada: _____

***19. Recebeu uma bolsa do programa "Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)" na sua morada actual nos últimos doze (12) meses para ajuda ao aquecimento? ☐ SIM ☐ NÃO**

UTIL VE ☐

***20. Paga, ou alguém no seu agregado familiar, pelo fornecimento de serviços públicos? ☐ SIM ☐ NÃO**

Em caso afirmativo, preencha as informações abaixo:

UTIL VE ☐

Nome da pessoa que paga os serviços públicos	Serviço Público	Montante Pago/Frequência	Usado para aquecer/refrescar	
_____	Combustível	$_____ por _____	Aquecimento ☐	Arrefecimento ☐
_____	Gás	$_____ por _____	Aquecimento ☐	Arrefecimento ☐
_____	Lenha/Carvão	$_____ por _____	Aquecimento ☐	Arrefecimento ☐
_____	Electricidade (ou A/C)	$_____ por _____	Aquecimento ☐	Arrefecimento ☐
_____	Telefone	$_____ por _____		
_____	Água/Esgotos	$_____ por _____		
_____	Remoção de Lixo	$_____ por _____		
_____	Outros	$_____ por _____		

***21. Paga, ou alguém do seu agregado familiar, pelo alojamento e/ou alojamento/refeições? ☐ SIM ☐ NÃO**

RBEX VER ☐

Em caso afirmativo, preencha as informações abaixo:

Nome Montante Pago / Frequência O que cobre o Alojamento/Refeições?

_____ $_____Por_____ Alojamento Apenas _____ Refeições (1-2 refeições) _____Refeições (3 refeições) _____

Nome Montante Pago / Frequência O que cobre o Alojamento/Refeições?

_____ $_____Por_____ Alojamento Apenas _____ Refeições (1-2 refeições) _____Refeições (3 refeições) _____

***22. Alguém do seu agregado familiar que seja incapacitado ou tenha mais de 60 anos de idade paga custos médicos que não sejam cobertos por um seguro? ☐ SIM ☐ NÃO**

FMED VER ☐

Em caso afirmativo, preencha as informações abaixo:

Os exemplos incluem, entre outros: Prémios do seguro de saúde, Prémios do Medicare, Odontologia, Próteses auditivas, Óculos, Medicamentos, Transportes para ir a consultas médicas, Despesas médicas e de Hospitais

Nome	**Tipo de custos médicos**	**Montante total por mês**	**Data prevista para os custos terminarem.**
_____	_____	**$**_____	_____
_____	_____	**$**_____	_____
_____	_____	**$**_____	_____

***23. Você, ou algum membro do seu agregado familiar, foi impedido de participar no Programa de Ajuda Suplementar à Nutrição/Programa "Food Stamp" noutro Estado? ☐ SIM ☐ NÃO**

Em caso afirmativo, com que nome? _____Onde?_____Quando? _____Porquê?_____

***24. Você, ou algum membro do seu agregado familiar, foi condenado por trocar prestações do programa SNAP por drogas após 22 de Setembro de 1996? ☐ SIM ☐ NÃO**

Em caso afirmativo, com que nome? _____Onde? _____Quando? _____

***25. Você, ou algum membro do seu agregado familiar, foi condenado por comprar ou vender prestações do programa SNAP superiores a $500 após 22 de Setembro de 1996? ☐ SIM ☐ NÃO**

Em caso afirmativo, com que nome? _____ Onde? _____Quando? _____

NÃO PREENCHA AS PERGUNTAS 26-29 A MENOS QUE SEJA INDICADO PELO FUNCIONÁRIO DO DHS DURANTE A SUA ENTREVISTA. CONTINUE PARA A CAIXA DA ASSINATURA NA PÁGINA 13 DE 14. DEVE ASSINAR O FORMULÁRIO ANTES DE O ENVIAR.

Para determinar a elegibilidade da continuidade dos benefícios, deve assinar e preencher a PARTE I e a PARTE II deste formulário. Traga consigo ou envie a documentação obrigatória de modo a determinar a continuidade dos benefícios.

Nota da Agência: As perguntas abaixo apenas são obrigatórias para agregados familiares em que um membro tenha cometido uma Infracção Intencional a um Programa, para agregados familiares em que os membros tenham uma sanção laboral e/ou para agregados familiares de idosos ou pessoas incapacitadas com rendimentos brutos acima de 200% do índex de pobreza.

26. Alguém no seu agregado familiar tem alguns recursos/activos do tipo indicado abaixo? ☐ **SIM** ☐ **NÃO**

Em caso afirmativo, preencha as informações abaixo para todos os membros do agregado familiar, incluindo crianças.

CASH/BANK/RESO VER ☐

Os exemplos incluem, entre outros: Dinheiro, cheques, poupanças, contas junto de cooperativas de crédito, acções, obrigações, certificados de depósito, seguros de vida, fundos fiduciários, contas do mercado monetário, certificados de poupanças ou outros artigos de valor. Enumere igualmente todas as contas conjuntas.

NOME	TIPO DE RECURSO/CONTA	BANCO/LOCALIZAÇÃO	NÚMERO DE CONTA	VALOR/SALDO
_____	_____	_____	_____	$_____
_____	_____	_____	_____	$_____
_____	_____	_____	_____	$_____

27. Alguém no seu agregado familiar possui automóveis, camiões, barcos, auto-caravanas, motas, moto para a neve, atrelados, moto-quatro, etc.? ☐ **SIM** ☐ **NÃO**

Em caso afirmativo, preencha as informações abaixo:

CARS VER ☐

PROPRIETÁRIO/ CO-PROPRIETÁRIO	MARCA (Ford, Chevy, etc.)	MODELO (Taurus, Blazer, etc.)	MONTANTE POSSUÍDO
_____	_____	_____	$ _____
_____	_____	_____	$ _____

28. À excepção da casa onde vive, alguém no seu agregado familiar possui propriedades, edifícios ou imóveis de habitação? ☐ **SIM** ☐ **NÃO**

Em caso afirmativo, preencha as informações abaixo:

PROP VER ☐

Proprietário: _____ Tipo/Localização _____ Valor $ _____ Montante em dívida _____ Para Venda/Arrendamento?
Como é detida a propriedade? Individualmente ☐ Conjuntamente ☐ Outro ☐

Proprietário: _____ Tipo/Localização _____ Valor $ _____ Montante em dívida _____ Para Venda/Arrendamento?
SIM ☐_NÃO ☐
Como é detida a propriedade? Individualmente ☐ Conjuntamente ☐ Outro ☐

Proprietário: _____ Tipo/Localização _____ Valor $ _____ Montante em dívida _____ Para Venda/Arrendamento?
SIM ☐_NÃO ☐
Como é detida a propriedade? Individualmente ☐ Conjuntamente ☐ Outro ☐

29. Alguém no seu agregado familiar vendeu, trocou ou ofereceu algo de valor nos últimos 3 meses? (dinheiro, propriedades, veículos, edifícios, casa, etc.) ☐ **SIM** ☐ **NÃO**

TRAN VER ☐

Em caso afirmativo, preencha as informações abaixo.

Nome_____ O que foi transferido?_____ Data Transferência _____Valor $_____

Nome_____ O que foi transferido?_____ Data Transferência_____ Valor $_____

Nome_____ O que foi transferido?_____ Data Transferência_____ Valor $_____

DIREITOS E RESPONSABILIDADES
Requerentes/Beneficiários do Programa de Ajuda Suplementar à Nutrição (SNAP, Supplemental Nutrition Assistance Program)

Você tem o DIREITO de requerer e obter uma Audiência perante um Auditor do Departamento se não estiver satisfeito(a) com alguma decisão do Departamento, ou se este se atrasar a tomar uma decisão. Se requerer uma audiência, o seu pedido será prontamente atendido. Pode fazer-se representar por um advogado ou por qualquer outra pessoa que seleccione para aparecer em seu nome. Os formulários da audiência, nos quais pode apresentar a sua reclamação, encontram-se disponíveis em todos os escritórios locais e estaduais. Se não estiver satisfeito(a) com qualquer decisão do Departamento relacionada com o seu pedido, tem o direito de requerer uma audiência. Deve requerer uma audiência no prazo de 90 dias a partir da data em que receber uma notificação por escrito para obtenção de benefícios do programa SNAP.

De acordo com o Título VI da Lei sobre Direitos Civis de 1964 (42 U.S.C. 2000d et seq.), Secção 504 da Lei de Reabilitação de 1973 e respectivas alterações (29 U.S.C. 794), a Lei dos Americanos Portadores de Deficiência (ADA) de 1990 (42 U.S.C. 12101 et seq.), Título IX das Alterações de 1972 sobre a Educação (20 U.S.C. 1681 et seq.), a Lei sobre Alimentação e Nutrição (antiga "Food Stamps Act") e a Lei sobre a Discriminação Etária de 1975, o regulamento de aplicação do Departamento da Saúde e dos Serviços Humanos dos E.U.A. (45 C.F.R. Partes 80 e 84), os regulamentos de aplicação do Departamento da Educação dos E.U.A. (34 C.F.R. Partes 104 e 106), bem como o Departamento da Agricultura, Alimentação e Serviços de Nutrição dos E.U.A. (7 C.F.R. 272.6), o Departamento de Serviços Humanos (DHS) de Rhode Island não discrimina com base na raça, cor da pele, nacionalidade, deficiência, ideologias políticas, idade, religião ou sexo ao aceitar ou prestar os seus serviços, emprego ou tratamento nos seus programas educacionais e noutros programas e actividades. Ao abrigo de outras disposições da lei aplicável, o DHS não discrimina com base na orientação sexual.

Para mais informações sobre estas leis, regulamentos e os procedimentos de apresentação de reclamações por discriminação que o DHS tem estabelecidos para a resolução destes litígios, entre em contacto com o DHS na morada 57 Howard Avenue, Cranston, RI 02920, ou através do número de telefone 462-2130 (TDD 462-6239 ou 711). O Funcionário de Ligação das Relações com a Comunidade é o coordenador da aplicação do Título VI; o Administrador do Gabinete dos Serviços de Reabilitação (ORS) ou a pessoa por ele designada coordena a aplicação do Título IX, Secção 504, bem como da Lei dos Americanos Portadores de Deficiência (ADA). Compete ao Director do DHS ou à pessoa por ele designada a responsabilidade geral de zelar pelo cumprimento dos direitos civis por parte do DHS.

O Departamento da Agricultura dos E.U.A proíbe a discriminação contra os respectivos clientes, funcionários e candidatos a emprego com base na raça, cor da pele, nacionalidade, idade, deficiência, sexo, identidade sexual, religião, represálias e, sempre que aplicável, nas ideologias políticas, estado civil, familiar ou parental, orientação sexual ou devido ao facto de parte dos rendimentos de um indivíduo serem derivados de qualquer programa de auxílio público, ou de informações genéticas protegidas no emprego ou em qualquer programa ou actividade realizados ou financiados pelo Departamento (nem todas as bases proibidas se aplicarão a todos os programas e/ou actividades laborais). Se desejar apresentar uma reclamação por discriminação, preencha o Formulário de Reclamação do Programa contra a Discriminação do Departamento da Agricultura dos E.U.A, o qual poderá encontrar online em http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, ou em qualquer gabinete do Departamento da Agricultura dos E.U.A, ou então ligue para o número (866) 632-9992 a solicitar o formulário. Poderá também escrever uma carta com todas as informações solicitadas no formulário. Envie o seu formulário de reclamação preenchido ou a sua carta por correio para U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, por fax para o número (202) 690-7442 ou para o endereço de e-mail program.intake@usda.gov. As pessoas surdas, com problemas auditivos ou com incapacidades a nível da fala poderão contactar o Departamento da Agricultura dos E.U.A através do "Federal Relay Service" ligando para o número (800) 877-8339 ou (800) 845-6136 (Espanhol). .

Para qualquer outra informação relativa a questões sobre o Programa de Ajuda Suplementar à Nutrição (SNAP), deverá contactar a Linha de Apoio SNAP do Departamento da Agricultura dos E.U.A para o número (800) 221-5689, que também está disponível em Espanhol, ou ligar para a Linha de Informação Estatal/Linhas de Apoio que poderá encontrar online em http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm. O USDA é um prestador de serviços e empregador que aplica a regra de igualdade de oportunidades.

Você tem o DIREITO à confidencialidade. O Departamento usa as suas informações e as dos outros membros do seu agregado familiar apenas para fins directamente relacionados com a administração dos programas e em conformidade com as Normas de Privacidade de Informação Médica Individualmente Identificável previstas na Lei sobre Titularidade e Responsabilidade dos Seguros de Saúde (HIPAA).

Tem o DIREITO de nomear um representante autorizado. Um representante autorizado é uma pessoa designada pelo chefe do agregado familiar ou o(a) cônjuge, ou qualquer outro membro responsável do agregado familiar, que age em nome do agregado familiar no pedido de prestações do programa ou para utilizar essas prestações. O representante autorizado para as prestações poderá ou não ser o mesmo indivíduo designado como representante autorizado para o processo de pedido das prestações ou por cumprir os requisitos de relato. A designação do representante autorizado poderá ser feita por escrito.

Tem o DIREITO à confidencialidade. O Departamento usa as suas informações e as dos outros membros do seu agregado familiar apenas para fins directamente relacionados com a administração dos programas e em conformidade com As Normas da Lei sobre Titularidade e Responsabilidade (HIPAA) relativa à Privacidade de Informações de Saúde Individualmente Identificáveis. 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.

Você tem a RESPONSABILIDADE de fornecer ao Departamento informações exactas e comprovativos dos 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 e qualquer outra alteração que afecte o seu agregado familiar. Em termos do programa SNAP, se for um relator simples ("simplified reporter"), deve comunicar quando os seus rendimentos excederem 130% do Nível de Pobreza Federal. Se não tem a certeza quanto aos seus requisitos de relato, contacte o seu funcionário do DHS.

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. A recolha destas informações no pedido, incluindo os números de segurança social de cada membro do agregado familiar para quem recebe auxílio, está autorizada ao abrigo da Lei sobre a Ajuda Alimentícia de 2008 (antiga "Food Stamps Act"), e respectivas alterações, 7 U.S.C. 2011-2036. As informações serão utilizadas para determinar se o seu agregado familiar é elegível ou se continua a ser elegível para participar no programa SNAP.

O Departamento verificará estas informações 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 submetidas 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 do programa SNAP. 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 relacionada com o programa SNAP contra o seu agregado familiar, as informações sobre este pedido, 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, incluindo o número de segurança social (SSN) de cada membro do agregado familiar, 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.

DIREITOS E RESPONSABILIDADES
Requerentes/Beneficiários do Programa de Ajuda Suplementar à Nutrição (SNAP - Supplemental Nutrition Assistance Program)
(Continuação)

Você tem a RESPONSABILIDADE de comunicar e apresentar comprovativos das suas despesas 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 solicitem esses benefícios, mas poderá ter de fornecer outras informações relativas a essas pessoas, tais como rendimentos e recursos.

DECLARAÇÃO DE REQUERENTE/BENEFICIÁRIO DE BENEFÍCIOS DO PROGRAMA SNAP ADVERTÊNCIAS SOBRE SANÇÕES - Compreendo que:

1. Qualquer membro do meu agregado familiar que violar intencionalmente uma regra SNAP pode ser impedido de participar no programa SNAP durante um ano e de forma permanente, e pode ser multado em $250,000, pode ser sujeito a uma pena de prisão de até 20 anos ou ambos. Poderá também ser sujeito a acções penais ao abrigo de outras leis federais e estatais aplicáveis. Poderá ainda ser impedido de participar no programa SNAP durante mais 18 meses se tal for decidido pelo tribunal. Qualquer membro do meu agregado familiar que infrinja intencionalmente uma regra do SNAP pode ser excluído do Programa SNAP: ***Durante um período de um (1) ano pela primeira infracção, com ressalva dos números 2 e 3 referidos a seguir; *Durante um período de dois (2) anos após a segunda infracção, com ressalva do número 3 referido a seguir; e, *Permanentemente aquando da terceira ocorrência de quaisquer infracções intencionais 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 SNAP aquando da primeira ocorrência dessa infracção.

3. As pessoas condenadas por tráfico de benefícios do programa SNAP com 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 à sua identidade ou local de residência, para poderem receber benefícios de forma simultânea ao abrigo do programa SNAP serão desqualificadas durante um período de dez (10) anos.

4. Se um tribunal considerar um indivíduo culpado de usar ou receber prestações numa transacção que envolva a venda de uma substância controlada, o mesmo não será elegível para receber prestações durante dois anos para a primeira ofensa, e permanentemente pela segunda ofensa.

5. Se um tribunal considerar um indivíduo culpado de comprar e vender fármacos ilegais ou determinados medicamentos sujeitos a receita médica em troca de prestações SNAP, o mesmo será proibido de participar no programa SNAP durante 24 meses para a primeira ofensa, e permanentemente pela segunda ofensa.

6. Um indivíduo condenado por um tribunal Federal, Estatal ou Local por ter traficado prestações num valor agregado igual ou superior a $500 deverá ser permanentemente impedido de receber prestações SNAP logo na primeira ocasião de tal violação.

NÃO preste informações falsas nem oculte informações para obter ou continuar a obter benefícios do programa SNAP. **NÃO** transaccione 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.
NÃO pague por alimentos comprados a crédito com prestações SNAP. Fazê-lo poderá resultar na respectiva desqualificação do programa.

O DHS pode utilizar ou partilhar as informações contidas neste formulário para a administração dos programas DHS, bem como para a administração de outros programas de ajuda financiados a nível federal, de acordo com a 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.

****Assinatura Obrigatória****

Ao assinar este formulário, confirmo, sob pena de perjúrio, que li (ou que alguém me leu) e que compreendi o Aviso de Direitos, as Responsabilidades e as Sanções, e que as minhas respostas estão correctas e completas tanto quanto é do meu 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 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.

Assinatura do Requerente ou Beneficiário	**Data**	**Assinatura do Representante Autorizado**	**Data**
Assinatura do Cônjuge ou outro(a) progenitor(s) da(s) criança(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**

INFORMAÇÕES ADICIONAIS
FOLHA DE RASCUNHO

Utilize esta folha de rascunho para incluir membros e/ou informações adicionais. Para garantir a exactidão do processamento, escreva o número da pergunta e o número da página do formulário à qual pertence a sua resposta no espaço indicado.

Nome:_____ **Últimos 4 dígitos do seu Nº de Segurança Social:**_____

Morada:_____ **Telefone:**_____

Pergunta Nº	**Página do Formulário Nº**

Pergunta Nº	**Página do Formulário Nº**

Pergunta Nº	**Página do Formulário Nº**

Pergunta Nº	**Página do Formulário Nº**

Pergunta Nº	**Página do Formulário Nº**

Pergunta Nº	**Página do Formulário Nº**

Pergunta Nº	**Página do Formulário Nº**

Para terminar este formulário passe para a próxima página.
É IMPORTANTE ler as Páginas dos Direitos e Responsabilidades.
É OBRIGATÓRIA UMA ASSINATURA na caixa “Assinatura Obrigatória” que pode encontrar em Direitos e Responsabilidades Formulário Página 13 de 14.

ENVIE APENAS O PEDIDO PÁGINAS 1-14 – GUARDE TODAS AS “FOLHAS DE RECURSOS"
SALVO INDICAÇÃO CONTRÁRIA DO SEU FUNCIONÁRIO DO DHS

DOCUMENTOS DE QUE PODE PRECISAR PARA APROVAÇÃO DO BENEFÍCIO

OS EXEMPLOS indicados abaixo ajudá-lo-ão a preparar-se para a sua entrevista com o funcionário do DHS.

COPIE apenas os documentos necessários para preencher o seu formulário ou re-certificação.

Para uma ENTREVISTA TELEFÓNICA, deverá enviar cópias dos documentos necessários para o funcionário do DHS ANTES da data marcada para a entrevista.

Para uma ENTREVISTA NOS NOSSOS SERVIÇOS, TRAGA consigo os documentos necessários.

Se precisar de ajuda para obter ou para copiar qualquer um desses documentos, telefone para o funcionário do DHS indicado na sua carta de marcação ou visite a sua agência local de acção comunitária. Consulte o verso do formulário para obter as localizações e os números de contacto.

VERIFICAÇÃO DE:	DOCUMENTOS DE QUE PODERÁ PRECISAR:
ABONO DE FAMÍLIA PAGO	Uma cópia da ordem do tribunal e comprovativo do montante pago, tal como um cheque cancelado ou uma declaração por escrito.
DESPESAS DE CUIDADOS DE DEPENDENTE	Recibo que mostre as suas despesas correntes relativas a apoio a crianças/adultos.
RENDIMENTO GANHO	Recibos de pagamento mais recentes (4 semanas ou mais), incluindo gorjetas e comissões, se aplicável, ou uma carta da sua entidade patronal que indique o rendimento bruto e as horas de trabalhado efectivo (trabalho por conta própria: declaração de impostos dos anos anteriores)
IDENTIFICAÇÃO	Um requerente e/ou representante autorizado precisará de pelo menos de UM formulário de identificação, por exemplo: Passaporte ou certificado de naturalização; carta de condução; certidão de nascimento; cartão de eleitor; cartão militar ou cartão de identidade do Estado de RI; cartão de identidade laboral ou escolar; cartão de benefícios de saúde ou cartão da biblioteca. É obrigatório um <u>número</u> da Segurança Social para todos os membros do agregado familiar que requeiram benefícios. (Os cartões da Segurança Social não são obrigatórios.)
ESTATUTO DE IMIGRAÇÃO	Se NÃO for CIDADÃO, é obrigatório comprovar o estatuto de imigração e poderão ser necessárias informações sobre o seu responsável.
DESPESAS MÉDICAS	PESSOAS COM INCAPACIDADE OU COM IDADE SUPERIOR A 60 ANOS: despesas médicas incluindo facturas médicas NÃO REEMBOLSADAS, receitas, Cartão Medicare que indique a cobertura "Part-B" e "Part-D".
RESIDÊNCIA	Um documento que indique a morada actual (por exemplo, factura de serviços, extracto bancário, etc.)
RECURSOS	Em ALGUNS CASOS, poderão aplicar-se os recursos. Estes incluem a verificação de recursos líquidos, extractos bancários, certificados de acções e obrigações e comprovativos de detenção de imóveis. Poderá ser obrigatório o livrete do veículo.
CUSTOS DE ALOJAMENTO	Recibo da renda, extracto do pagamento da hipoteca, contrato de renda/arrendamento, declaração do HUD, declaração da pessoa que partilha os custos de alojamento, facturas de serviços públicos, declaração da empresa fornecedora de serviços públicos, declaração do senhorio.
RENDIMENTO DE ESTUDANTE (EMPRÉSTIMO / SUBVENÇÃO / BOLSA)	Pode-se solicitar que um requerente forneça comprovativos de despesas educacionais incluindo, entre outras, ensino e taxas.
RENDIMENTO NÃO RECEBIDO	Cópia mais recente da carta de aprovação da Segurança Social; Comprovativo de desemprego; Indemnização de trabalhadores; pensão; apoio a menores; pensão de alimentos; TDI; rendimento de alugueres; dividendos ou qualquer rendimento de juros; subsídio de adopção; Imposto Sobre os Rendimentos; Subsídio para Acolhimento de Crianças; empréstimos escolares, subvenções escolares, bolsas de estudos; assistência fora do âmbito estadual.

O que acontece a seguir?

ENVIE APENAS O PEDIDO PÁGINAS 1-14 – MANTENHA TODAS AS "FOLHAS DE RECURSO"EXCEPTO SE O FUNCIONÁRIO DO DHS O INSTRUIR EM CONTRÁRIO. Depois de ter enviado o formulário para obter os benefícios do programa SNAP, o Departamento de Serviços Humanos (DHS) tem **30 dias** para determinar a sua elegibilidade. Se tiver menos de $100 em dinheiro e menos de $150 de rendimentos mensais, ou se as suas despesas de alojamento forem superiores ao seu rendimento mensal, o DHS é obrigado a analisar o seu pedido e a tomar uma decisão no prazo de 7 dias.

1. Tem de fazer uma entrevista nos gabinetes do DHS
2. Receberá um aviso por correio a informá-lo(a) da data e hora da entrevista.
    - Se solicitou uma entrevista telefónica, o funcionário do DHS entrará em contacto através do número de telefone indicado no formulário.
    - Se solicitou uma entrevista nos nossos serviços, desloque-se ao respectivo gabinete à hora da sua entrevista.
    - Se não puder fazer a entrevista (telefónica ou nos nossos serviços) na data e hora marcadas, contacte imediatamente o gabinete para marcar outra entrevista.
3. Terá de reunir documentos que comprovem a sua situação. Terá de fornecer fotocópias.
    - Se tiver uma entrevista telefónica, envie os seus documentos por correio ou por fax antes da entrevista
    - Se tiver uma entrevista nos nossos serviços, traga consigo os documentos.
    - Se lhe for solicitado que forneça mais documentação, tem dez dias para os trazer ao DHS.
4. Se for aprovado(a), ser-lhe-á dado ou enviado por carta um cartão de EBT e um pedido para escolher o seu número de identificação pessoal.
5. Se for recusado, pode recorrer da decisão. Fale com o funcionário do DHS sobre este assunto.

O seu gabinete DHS depende do local onde reside:

NEWPORT, 272 Valley Road, Middletown, RI 02842, 851-2100 (Tel), **851-2105(fax)** se reside em: Jamestown, Little Compton, Middletown, Newport, Portsmouth e Tiverton

PAWTUCKET, 249 Roosevelt Avenue, Pawtucket, RI 02860, 721-6600 (Tel), **721-6659(fax)** se reside em: Barrington, Bristol, Central Falls, East Providence, Pawtucket, Warren

PROVIDENCE, 206 Elmwood Avenue, Providence, RI 02907, 415-8200 (Tel), **415-8349 (fax)** se reside em: Cranston, Johnston, Providence, Scituate

WAKEFIELD, 4808 Tower Hill Road, Wakefield, RI 02879, 782-4300 (Tel), 782-4316 (fax) se reside em: Charlestown, Coventry, East Greenwich, Exeter, Hopkinton, Narragansett, New Shoreham, North Kingstown, Richmond, South Kingstown, West Greenwich, Westerly

WARWICK, 195 Buttonwoods Ave, Warwick, RI 02886, 736-1400 (Tel), **736-1443 (fax)** se reside em: Warwick, West Warwick

WOONSOCKET, 450 Clinton Street, Woonsocket, RI 02895, 235-6200 (Tel), 235-6237 (fax) se reside em: Burrillville, Cumberland, Foster, Glocester, Lincoln, North Providence, North Smithfield, Smithfield, Woonsocket

FORMULÁRIO SNAP

ORIENTAÇÕES SOBRE RENDIMENTO DO "SUPPLEMENTAL NUTRITION ASSISTANCE PROGRAM (SNAP)"
(Anteriormente designado "Food Stamp Program")

GET THE FACTS ON SNAP

A maioria dos agregados familiares requerentes pode ser determinada como categoricamente elegível para o programa SNAP se o rendimento bruto do agregado familiar for igual ou inferior a 185% do índex de pobreza federal. Além disso, os agregados familiares que tenham um membro com idade superior a 59 anos ou que esteja incapacitado e tenha um rendimento bruto igual ou inferior a 200% do índex de pobreza federal pode ser determinado categoricamente elegível. Todos os agregados familiares devem receber um serviço financiado pelo TANF, tal como o Department of Human Services Information Publication de Rhode Island para serem categoricamente elegíveis. Os limites do rendimento bruto mensal apresentado abaixo correspondem de 1 de Outubro de 2013 a 30 de Setembro de 2014 e são ajustados anualmente.

Limites do rendimento bruto mensal 2013-2014 do programa SNAP

		Categoricamente Elegível	Agregados familiares com idosos e incapacitados
Dimensão do agregado familiar	100% Rendimento líquido NPF	185% Rendimento bruto NPF	200% Rendimento bruto NPF
1	$ 958	$1,722	$1,916
2	$1,293	$2,392	$2,586
3	$1,628	$3,012	$3,256
4	$1,963	$3,632	$3,926
5	$2,298	$4,251	$4,596
6	$2,633	$4,871	$5,266
Cada membro adicional	+$355	+ $620	+ $670

Um agregado familiar que cumpra as directrizes do Rendimento Bruto conforme anteriormente indicadas deve depois cumprir as directrizes do Rendimento Líquido de modo a receber um benefício mensal do programa SNAP. O rendimento líquido é calculado como o rendimento bruto menos as deduções permitidas.

As seguintes deduções serão permitidas para determinação do rendimento líquido:

- Uma dedução normalizada baseada na dimensão do agregado familiar
- Uma dedução do rendimento recebido (20% do rendimento recebido)
- O custo do apoio à criança/dependente
- Uma parte das despesas de alojamento até ao montante padrão
- Os agregados familiares em que haja um idoso ou uma pessoa incapacitada podem também deduzir uma parte das suas despesas médicas mensais

Nota importante relativa à elegibilidade: Uma pequena percentagem dos agregados familiares requerentes pode ser qualificada para o programa SNAP, mas não ser determinada como categoricamente elegível. Estes podem incluir agregados familiares com idosos ou pessoas incapacitadas cujo rendimento seja superior a 200% do índex de pobreza federal, bem como agregados familiares sancionados pelo DHS por infracção a um programa. Esses requerentes devem contactar o Departamento de Serviços Humanos de Rhode Island através do número 401-462-5300 para obterem mais informações sobre a elegibilidade.

Auxílio Formulário SNAP
1-866-306-0270

http://www.eatbettertoday.com

Os membros de auxílio do programa SNAP encontram-se disponíveis para responder às suas perguntas sobre o mesmo, para o(a) ajudarem a saber se é elegível e a preencher o formulário SNAP. Terão muito gosto em falar consigo sobre a sua situação ou informá-lo como pode apoiar um amigo ou familiar. Se tiver alguma questão, telefone para o número indicado acima.

Linha de Apoio SNAP-Ed Nutrição

Telefone para a nossa linha de apoio para o número **1-877-Food-URI** para aconselhamento sobre alimentação saudável, receitas de baixo custo e dicas para fazer render o dinheiro que gasta em alimentação. Pode igualmente solicitar a nossa

Se recebe benefícios, poderá ter direito a uma factura de telefone ou de electricidade mais baixa.

Programa de Ajuda Telefónica

Se considerarmos que é elegível para receber benefícios do programa SNAP, poderá ser elegível para receber um desconto mensal na sua factura de telefone. Para mais informações sobre como obter esse desconto, contacte a **Linha de apoio DHS através do número 401-462-5300.**

Auxílio para Transacções de EBT

Verifique os seus saldos e transacções SNAP e RIWORKS EBT online, em qualquer altura e em qualquer dia no seu computador. Basta ligar-se a este site: http://www.ebtedge.com e "clicar em" **Cardholder Login ou ligar para o número 1-888-979-9939.**

Auxílio para Electricidade

A National Grid oferece um desconto a todos os beneficiários elegíveis para o programa SNAP. Para obter o desconto deste serviço, envie a cópia mais recente da sua elegibilidade para o programa SNAP para a National Grid. Para mais informações sobre como obter esse desconto, contacte a **Linha de apoio DHS através do número 401-462-5300.**

Agências CAP e Auxílio para Aquecimento

http://www.ricommunityaction.org

Os Programas de Acção Comunitária (Community Action Programs) de Rhode Island (AgênciasCAP) fornecem serviços a famílias trabalhadoras economicamente desfavorecidas e pobres tais como alojamento, auxílio para aquecimento, emprego, educação, necessidades básicas e urgentes, bem como serviços financeiros. Ligue para a sua agência CAP local para obter auxílio:

		Gabinete
CAP Blackstone Valley	723-4520	Pawtucket
CAP Global	467-9610	Cranston
CAP Lower East Bay	437-1000	Newport
CAP Lower East Bay	847-7821	E. Providence
Recursos Familiares	766-0900	Woonsocket
Providence CAP	273-2000	Providence
CAP South County	789-3016	Wakefield
CAP Tri Town	351-2750	Johnston

Ajuda Geral: United Way 2-1-1

Programas pós-escolares; recursos de Alzheimer; Necessidades básicas: alimentação, vestuário, alojamento, etc.; apoio social a crianças / serviços de saúde de crianças; protecção ao consumidor; aconselhamento; intervenção em situações de crise; serviços a pessoas com incapacidades; programas de violência doméstica; doação de alimentos, roupas, mobílias, etc.; alojamento de emergência; auxílio energia / serviços públicos; aconselhamento familiar; ajuda financeira; cuidados / seguro de saúde; testes VIH/SIDA; sem-abrigo; auxílio habitação ou renda; formação profissional; apoio jurídico; oportunidades de orientação; programas de educação de pais; problemas de vício de jogo; serviços / cuidados com idosos; programas de toxicodependência; prevenção de suicídio; auxílio para transporte; serviços de veteranos; oportunidades de voluntariado e muito mais… Ligue para o número 211.

Idosos e adultos com incapacidades

THE POINT fornece informações, referências e ajuda-o(a) a procurar programas para idosos, adultos com incapacidades e respectivos prestadores de cuidados. **Ligue para o número 401-462-4444.**

Gabinete Executivo dos Serviços Humanos e de Saúde 401-462-2121 http://www.eohhs.ri.gov

Departamento de Crianças, Jovens e Famílias	401-528-3502	http://www.dcyf.ri.gov
Divisão de Assuntos de Idosos	401-462-3000	http://www.dea.ri.gov
Departamento de Serviços Humanos • Cuidados de Longo Prazo, Médicos, Dinheiro, Alimentação e Apoio Social a Crianças	401-462-5300	http://www.dhs.ri.gov
Departamento de Cuidados de Saúde Comportamentais, Incapacidades de Desenvolvimento e Hospitais	401-462-3201	http://www.bhddh.ri.gov
Departamento da Saúde	401-222-5960	http://www.health.ri.gov

Prestadores de Serviços Estaduais: Coligação de RI contra a violência doméstica 401-467-9940; Coligação de RI para os sem-abrigo 401-721-5685; Vítimas de Crime, Linha de apoio disponível 24 horas 1-800-494-8100; para uma ligação "State Relay" marque 7-1-1

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:

- Fazer o registo eleitoral em Rhode Island.
- Alterar o seu nome e/ou morada no seu registo.
- Escolher um partido político ou mudar de partido.

PARA A INSCRIÇÃO ELEITORAL EM RI TEM DE:

* Ser residente legal de Rhode Island.
* Ser cidadão dos Estados Unidos.
*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 apartado 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. Seleccione as caixas que se aplicam: ☐ **Novo registo eleitoral** ☐ **Alteração de morada** ☐ **Alteração de partido** ☐ **Alteração de Nome**

2. Sou cidadão dos EUA e resido em RI ☐ **Sim** ☐ **Não**

Tenho pelo menos 16 anos de idade ☐ **Sim** ☐ **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: _____

Se não tem carta de condução ou B.I. de RI, introduza os 4 últimos dígitos do seu número de segurança social: _____
Se não tem nenhum destes números, veja as instruções para a Caixa 3.

4. Apelido Sufixo (caso tenha)	Nome	Nome do Meio (ou inicial)
5. Morada (Não introduza um apartado)	Apt. Cidade/Vila	Estado **RI** Código Postal
6. Endereço Postal (se diferente da Caixa 5)	Apt. Cidade/Vila	Estado Código Postal

7. Data de Nascimento (mm/dd/aaaa)
_____
Mês Dia Ano

8. N.º de Telefone/Endereço de E-mail (opcional)

9. Filiação partidária: ☐ Americans Elect ☐ Democrata ☐ Moderado ☐ Republicano ☐ Não filiado ☐ Outro ____

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.

Official Use For Barcode

ASSINE O NOME COMPLETO OU COLOQUE UMA MARCA ABAIXO

Data: (mm/dd/aaaa)
Assinado

Está interessado em trabalhar nas votações? (assinale a caixa abaixo) ☐

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)	**12. MORADA DE REGISTO ANTERIOR** (Cidade, Estado, CP e Condado)

2/2012

Return Address

_____

_____

_____

OFFICIAL ELECTION MAIL

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 interfiram 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

Bristol Town Hall, 10 Court St., Bristol, RI 02809

Burrillville Town Hall, 105 Harrisville Main St., Harrisville, RI 02830

Central Falls City Hall, 580 Broad St.., Central Falls, RI 02863

Charlestown Town Hall, 4540 S. County Trail, Charlestown, RI 02813

Coventry Town Hall, 1670 Flat River Rd., Coventry, RI 02816

Cranston City Hall, 869 Park Ave., Cranston, RI 02910

Cumberland Town Hall, 45 Broad St., Cumberland, RI 02864

East Greenwich Town Hall, PO Box 111, East Greenwich, RI 02818

East Providence City Hall, 145 Taunton Ave., East Providence, RI 02914

Exeter Town Hall, 675 Ten Rod Rd., Exeter, RI 02822

Foster Town Hall, 181 Howard Hill Rd., Foster, RI 02825

Glocester Town Hall 1145 Putnam Pike PO Drawer B, Glocester, RI 02814

Hopkinton Town Hall, 1 Town House Rd., Hopkinton, RI 02833

Jamestown Town Hall, 93 Narragansett Ave., Jamestown, RI 02835

Johnston Town Hall, 1385 Hartford Ave., Johnston, RI 02919

Lincoln Town Hall, 100 Old River Rd., PO Box 100, Lincoln, RI 02865

Little Compton Town Hall, PO Box 226, Little Compton, RI 02837

Middletown Town Hall, 350 East Main Rd., Middletown, RI 02842

Narragansett Town Hall, 25 Fifth Ave., Narragansett, RI 02882

New Shoreham Town Hall, PO Drawer, 220 Block Island, RI 02807

Newport City Hall, 43 Broadway, Newport, RI 02840

N. Kingstown Town Hall, 80 Boston Neck Rd., North Kingstown, RI 02852

North Providence Town Hall, 2000 Smith St., North Providence, RI 02911

North Smithfield Municipal Annex, 575 Smithfield Rd., North Smithfield, RI 02896

Pawtucket City Hall, 137 Roosevelt Ave., Pawtucket, RI 02860

Portsmouth Town Hall, 2200 East Main Rd., Portsmouth, RI 02871

Providence City Hall, 25 Dorrance St., Providence, RI 02903

Richmond Town Hall, 5 Richmond Townhouse Rd., Wyoming, RI 02898

Scituate Town Hall, PO Box 328, North Scituate, RI 02857

Smithfield Town Hall, 64 Farnum Pike, Smithfield, RI 02917

S. Kingstown Town Hall, 180 High St., Wakefield, RI 02879

Tiverton Town Hall, 343 Highland Rd., Tiverton, RI 02878

Warren Town Hall, 514 Main St., Warren, RI 02885

Warwick City Hall, 3275 Post Rd., Warwick, RI 02886

W. Greenwich Town Hall 280 Victory Highway, W. Greenwich, RI 02817

West Warwick Town Hall, 1170 Main St., West Warwick, RI 02893

Westerly Town Hall, 45 Broad St., Westerly, RI 02891

Woonsocket City Hall, P.O. Box B, 169 Main St., Woonsocket, RI 02895

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