

DEPARTAMENTO DE SERVIÇOS HUMANOS DE RHODE ISLAND  
SOLICITAÇÃO DE ASSISTÊNCIA (DHS-2)

Endereço para envio da solicitação:

RI Department of Human Services, P.O. Box 8709, Cranston, RI 02920-8787

**Instruções gerais para o preenchimento desta solicitação**

**Obtenção de ajuda para o preenchimento desta solicitação**

Você pode pedir ajuda para preencher este formulário. Você pode pedir que os formulários e as notificações sejam traduzidas. Caso tenha uma deficiência ou condição que faz com que seja difícil para você entender ou responder às perguntas nesta solicitação, podemos ajudar. Informe-nos falando com um representante do DHS ou telefonando para a Linha de Informações do DHS em 1-855-MYRIDHS (1-855-697-4347).

**Quem deve preencher a solicitação?**

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

**Como responder às perguntas**

Se você responder a todas as perguntas na solicitação de assistência, podemos determinar se você é elegível a TODOS os programas. As páginas 3 e 4 das instruções fornecem uma descrição de cada programa que você pode solicitar usando esta aplicação. Caixas pequenas com os acrônimos/iniciais dos programas aparecerão ao lado de cada uma das perguntas na solicitação. Estas caixas com os acrônimos/iniciais lhe informarão a que perguntas você precisa responder para cada programa. Por exemplo, se você estiver solicitando assistência ao cuidado infantil, responda àquelas perguntas que têm **CCAP** ao lado.

Se você estiver solicitando apenas o SNAP, embora lhe encorajemos a preencher o máximo possível da solicitação, **aceitaremos a sua solicitação se for enviada com apenas nome, endereço e assinatura.**

Após cada pergunta, há uma seção de caixas usadas para preenchimento das informações requeridas. Responda a cada pergunta indicando SIM ou NÃO com uma marca de seleção na caixa ao lado da pergunta. **SE a resposta for SIM**, forneça as informações solicitadas escrevendo no espaço disponível sob a pergunta. Você deve fornecer as informações solicitadas para CADA membro do domicílio. Se a pergunta não se aplicar a você ou a ninguém no seu domicílio, então, a resposta é NÃO. Deixe a caixa em branco e passe para a pergunta seguinte.

**Como garantir a data da sua solicitação**

A primeira página desta solicitação pode ser destacada e enviada com a sua assinatura ao DHS para estabelecer uma data de início e iniciar a sua solicitação. Você precisará preencher e enviar o resto da solicitação a fim de receber benefícios/cobertura.

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

Se ficar sem espaço, vire até a página 27, onde há caixas para escrever informações adicionais. Indique em uma das caixas a que pergunta você está se referindo com seu número. Você também pode anexar folhas de papel em separado, se necessário.

**Seus direitos e responsabilidades/Página da assinatura**

**Leia páginas 28-32.** Estas páginas têm informações importantes sobre seus Direitos e Responsabilidades. Todos os requerentes são obrigados a assinarem a página 32 da solicitação antes de enviarem-na. Se enviar a primeira página apenas para garantir a data da sua solicitação, você precisa assinar a página 1 da solicitação e, então, enviar o resto da solicitação com uma assinatura na página 32 da solicitação.

**Como nomear um representante autorizado**

Se quiser nomear um representante autorizado para agir em nome do domicílio a fim de solicitar benefícios de programas ou usar os benefícios, você pode fazê-lo na página 2 da solicitação.

**Cartão de transferência de benefícios eletrônicos (EBT)**

A assistência financeira RIW e os benefícios do SNAP são emitidos através do processo de Transferência de Benefícios Eletrônicos (EBT). Você pode obter seus benefícios usando o seu cartão EBT. Você receberá mais informações sobre este processo do seu escritório local.

## EXEMPLOS DE DOCUMENTOS QUE PODE SER NECESSÁRIO FORNECER PARA A SUA ENTREVISTA OU ENVIAR PARA A APROVAÇÃO DO BENEFÍCIO

**Nota:** O mesmo documento pode ser usado para verificar mais de uma categoria; por exemplo, uma carteira de motorista pode comprovar identidade e endereço. Se estiver solicitando Medicaid, verificaremos as suas informações com o máximo possível de fontes de dados.

### 1. Para verificar sua identidade, idade/data de nascimento, cidadania e/ou status de imigração (*todos os programas*)

- |  |  |
|--|--|
| ✓ Carteira de motorista                                    | ✓ Certidões de nascimento  |
| ✓ Identificação escolar ou profissional                    | ✓ Passaporte americano   |
| ✓ Documentos de imigração e naturalização (ex: Green Card) | ✓ Qualquer outro documento solicitado para cidadania, status de imigração ou idade pode ser usado para verificação de identidade |
| ✓ Registros de nascimento do hospital                      |  |

### 2. Para verificar sua residência em Rhode Island (*todos os programas, exceto ACC, salvo se questionável*)

- |   |   |
|---|---|
| ✓ Recibos de aluguel ou hipoteca mostrando o endereço | ✓ Contrato de aluguel ou carta do senhorio  |
| ✓ Carteira da biblioteca mostrando o endereço         | ✓ Correspondência recebida com seu endereço residencial (contas de utilidades públicas, extratos bancários) |
| ✓ Título de eleitor                                   |   |

### 3. Para verificar sua renda (*todos os programas*)

- |   |   |
|---|---|
| ✓ Holerites (mostrando os últimos 30 dias de renda)   | ✓ Comprovante de pensão alimentícia recebida  |
| ✓ Extrato do empregador mostrando rendimento antes de impostos, grade horária de trabalho e o número de horas trabalhadas nas últimas quatro semanas (se você for pago em dinheiro ou não tiver seus holerites) | ✓ Comprovante de recebimento de benefícios do seguro-desemprego, por invalidez temporária (TDI), da Administração de Veteranos (VA).  |
| ✓ Carta de concessão de Previdência Social, Renda de Previdência Complementar ou Benefícios de Veteranos  | ✓ Declarações de rendimentos anteriores   |
| ✓ Cartas de concessão de outros benefícios de aposentadoria ou invalidez  | ✓ Comprovante de renda de trabalho autônomo (inclui rendimento de aluguel e trabalho freelance): forneça declarações de rendimentos ou registros contábeis de trabalho autônomo |
|   | ✓ Ordem judicial de pensão alimentícia para filhos  |

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

- |  |  |
|--|--|
| ✓ Documentação de propriedade de um truste             | ✓ Registro de veículos, incluindo carro, barco, caminhão, motocicleta, trailer |
| ✓ Prova de imóveis de aluguel                          | ✓ Comprovante de propriedade de outro imóvel que gere renda                    |
| ✓ Documentos fiduciários, propriedade                  | ✓ Comprovante de propriedade de sepultura (se tiver mais de um)                |
| ✓ Ações e/ou obrigações                                | ✓ Extratos de contas bancárias, poupanças, cooperativas de crédito, CDs        |
| ✓ Comprovante de propriedade de imóvel além do seu lar |  |

### 5. Para verificar suas despesas com dependentes (*RIW, SNAP*)

- ✓ Comprovante de despesas relativas à assistência a crianças ou adultos incapazes morando na casa: recibos mostrando suas despesas não cobertas

### 6. Para verificar suas despesas com moradia (*SNAP, RIW, LTSS*)

- |  |  |
|--|--|
| ✓ Documentos de aluguel ou hipoteca  | ✓ Comprovante de seguro residencial                                  |
| ✓ Declaração do senhorio   | ✓ Recibos ou extratos de companhias de serviços de utilidade pública |
| ✓ Extrato de impostos sobre imóveis  | ✓ Declaração de pessoa que compartilha despesas com moradia          |
| ✓ Declaração do Departamento dos EUA de Habitação e Desenvolvimento Urbano (HUD) |  |

### 7. Para verificar suas despesas com pensão alimentícia para filhos (*SNAP, ACC*)

- |  |                           |
|--|---------------------------|
| ✓ Pensão alimentícia que você paga: resumo da renda se pensão alimentícia é deduzida de salário ou renda | ✓ Cópia de ordem judicial |
|--|---------------------------|

### 8. Para verificar suas despesas médicas não cobertas por seguro (*SNAP, EAD*)

- |  |   |
|--|---|
| ✓ Resumo de serviços prestados, como consultas médicas ou hospitalares | ✓ Frascos de medicamentos prescritos com o custo no rótulo ou impresso  |
| ✓ Recibos mostrando despesas médicas não reembolsadas                  | ✓ Faturas ou recibos de equipamento médico (inclusive custo de aluguel) |
| ✓ Apólice de seguro de saúde mostrando o valor do prêmio               |   |

### 9. Para verificar parentesco entre membros do domicílio (*RIW, CCAP, ACC*)

- |  |   |
|--|---|
| ✓ Documentos ou registros de adoção                                    | ✓ Certidões de casamento/casamento tribal |
| ✓ Registros de nascimento ou paternidade de hospitais ou saúde pública | ✓ Documentos de divórcio/custódia         |
| ✓ Registros de paternidade para pensão alimentícia                     | ✓ Documentos ou registros de tutela       |

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

- ✓ Comprovante de recebimento de Seguro por Invalidez, Sobrevivência e Aposentadoria (RSDI) ou Renda de Previdência Complementar (SSI); cópia da carta de concessão ou documentação similar da Administração da Previdência Social e/ou constatação recente de elegibilidade a RSDI ou SSI baseado em cegueira
- ✓ Cópia do relatório do exame médico em arquivo na Agência de Serviços de Reabilitação (ORS), Serviços para Cegos e Portadores de Deficiências Visuais
- ✓ Declaração de um profissional médico

## PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA NUTRICIONAL COMPLEMENTAR (SNAP)

Você pode apresentar a sua solicitação imediatamente, contanto que tenhamos seu nome, endereço e a assinatura de um membro responsável do domicílio ou seu representante autorizado nesta solicitação. Se você for considerado elegível, os benefícios serão calculados a partir da data em que recebamos este formulário em nosso escritório. Somos obrigados a verificar as informações que você fornecer e tomar medidas quanto à sua solicitação dentro de 30 (trinta) dias da data de apresentação, a menos que você tenha direito a serviço expresso. Para determinar se é ou não elegível, você precisa ser entrevistado. A data de apresentação da solicitação para requerentes pré-liberados é a data de liberação da instituição.

Você receberá uma solicitação por escrito se estiver faltando qualquer verificação na sua solicitação. A sua solicitação será recusada se tal verificação não for recebida dentro de 10 (dez) dias da solicitação por escrito.

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

Caso esteja solicitando RIW GPA, CCAP ou SSP e seja determinado elegível para benefícios, aqueles benefícios serão determinados a partir da data em que a solicitação assinada for recebida.

## MEDICAID (LTSS) (EAD)

A cobertura retroativa do Medicaid para certas despesas médicas pode ser provida a requerentes elegíveis através de LTSS e EAD por até 3 (três) meses anteriores à data que recebamos a solicitação assinada, contanto que todos os fatores de elegibilidade sejam atendidos para cada mês. Não há cobertura retroativa disponível para beneficiários de ACC Medicaid.

Os requerentes podem se qualificar para Medicaid através de mais de uma via de elegibilidade. Se tiver dúvidas quanto à via que melhor se adequa às necessidades dos requerentes no seu domicílio, entre em contato com 1-855-MYRIDHS (1-855-697-4347) para obter ajuda.

## SOBRE OS PROGRAMAS

Novamente, as caixas com letras ao lado de cada programa abaixo são usadas por toda esta solicitação para identificar perguntas que você precisa responder para ser considerado para programas específicos. Responda somente àquelas perguntas referentes aos programas que você quer solicitar. Por exemplo, se quiser solicitar todos os programas, responda a todas as perguntas. Se estiver solicitando somente RIW e ACC, você precisa responder a perguntas com uma caixa RIW ou ACC acima delas e pode deixar as outras perguntas em branco.

**RIW** **Assistência Financeira RI Works (RIW):** O Programa RIW dá assistência financeira por um número limitado de meses a famílias que precisam de auxílio, assim como aqueles que não sejam capazes de trabalhar, ou estejam em treinamento ou procurando emprego. As pessoas que estiverem solicitando o RIW devem ser responsáveis pela manutenção e assistência de uma criança com menos de 18 anos, ou entre 18 e 19 anos de idade, se inscrita em tempo integral e com perspectiva de concluir o ensino médio antes do 19º aniversário. Uma mulher grávida sem outros filhos pode se qualificar para assistência se estiver no terceiro trimestre de gravidez. RIW requer uma entrevista com um funcionário para qualificação e uma reunião com a assistente social para concluir um plano de emprego.

**SNAP** **Programa de assistência nutricional complementar (SNAP):** O SNAP, anteriormente conhecido como cupons de alimentos, ajuda domicílios de baixa renda a obter alimentos necessários para permanecerem saudáveis. A sua renda menos certas despesas permitidas determinarão se você se qualifica para os benefícios do SNAP. Você precisará participar em uma entrevista pelo telefone ou no escritório antes de lhe serem concedidos os benefícios do SNAP.

**CCAP** **Programa de assistência ao cuidado infantil (CCAP):** A assistência ao cuidado infantil está disponível para famílias com ganhos de até 180% do nível federal de pobreza e está disponível apenas para cobrir horas de emprego ou treinamento a curto prazo. Pode ser necessário que as famílias façam um co-pagamento com base no tamanho da família, nível de renda e quantidade de filhos. Famílias que participam do RIW automaticamente atendem aos requisitos de renda do CCAP. Antes da inscrição, os requerentes ou participantes do RIW que não estejam empregados devem discutir opções de assistência infantil com um assistente social como parte do processo de avaliação e do desenvolvimento do plano de emprego. Para famílias não participantes do Programa RIW, a elegibilidade ao CCAP é baseada em trabalho de, no mínimo, 20 horas por semana no valor ou acima do salário mínimo de Rhode Island.

**GPA** **Programa de assistência ao público geral (GPA):** O GPA está disponível para adultos com idade entre 18 e 64 anos, que tenham renda e recursos muito limitados e que tenham uma doença ou condição crônica ou incapacitante que os impeça de trabalhar. Adultos que tenham uma recente solicitação pendente para Renda de Previdência Complementar (SSI) podem ser considerados elegíveis a benefícios do GPA. Uma determinação para cobertura de assistência médica ACC Medicaid deve ser concluída antes de uma determinação de elegibilidade baseada em uma condição incapacitante. Os requerentes do GPA podem solicitar cobertura de assistência médica ACC Medicaid preenchendo as perguntas ACC nesta solicitação ou solicitando online em [www.healthyrhode.ri.gov](http://www.healthyrhode.ri.gov).

**SSP Programa de pagamento complementar estadual SSI de RI (SSP):** O Estado de Rhode Island complementa a taxa de benefícios da Renda de Previdência Complementar Federal (SSI) para pessoas elegíveis. A autorização do SSP mensal para atuais beneficiários do SSI será preenchida automaticamente quando solicitam o SSA. Os requerentes do SSP que tenham sido recusados através do SSA por excesso de renda precisarão atender os padrões de renda, recursos, idade e/ou deficiência (65 anos de idade ou mais, deficientes ou cegos) estabelecidos para o Medicaid para pessoas com baixa renda que sejam idosos ou tenham uma deficiência. Se um requerente for elegível com base na renda e estiver reivindicando uma deficiência que não tenha sido analisada ou determinada pela SSA, a Unidade SSP fará um encaminhamento à equipe de revisão da assistência médica (MART) para a determinação da deficiência.

**ACC Cobertura de assistência acessível -- Medicaid e Seguro Particular de Saúde com Ajuda Financeira (ACC):** Medicaid está disponível para pais/cuidadores com renda de até 136% do nível federal de pobreza (FPL), crianças com renda de até 261% do FPL, mulheres grávidas com renda de até 253% do FPL e adultos com idade entre 19 e 64 anos com renda de até 133% do FPL que, de outra forma, são inelegíveis ao Medicaid e não elegíveis ou inscritos no Medicare através deste caminho de elegibilidade. Adultos que estiverem esperando uma determinação de deficiência por um órgão do governo têm recursos acima dos limites para elegibilidade a EAD e/ou não atendem os critérios para determinação de deficiência podem solicitar cobertura de assistência acessível Medicaid por esta via. Famílias e indivíduos não elegíveis ao Medicaid com renda abaixo de 400% do FPL podem ser elegíveis a crédito fiscal do governo federal para ajudar a pagar os custos de cobertura através de um plano de saúde particular. **Você também pode solicitar cobertura online em [www.healthyrhode.ri.gov](http://www.healthyrhode.ri.gov) ou pelo telefone, ligando para o Centro de Contato HSRI em 1-855-840-4774.**

**LTSS Serviços a longo prazo e auxílios do Medicaid (LTSS):** LTSS estão disponíveis para indivíduos que atendam ao nível de necessidade e requerimentos financeiros necessários e para indivíduos com deficiências. Você precisa atender a ambos os requerimentos de “nível de assistência” clínica e financeira para se qualificar aos LTSS. Para pessoas que se qualifiquem, os LTSS do Medicaid podem ser prestados em uma instituição médica, como um lar para idosos, em casa, ou em certos ambientes comunitários pré-aprovados, inclusive algumas residências geriátricas com assistência. A extensão dos serviços a longo prazo que o Medicaid cobre inclui, mas não está limitado a, serviços de dona de casa/assistente de enfermagem com certificação (CNA), modificações ambientais, gestão de casos, assistência autodirigida, assistência temporária, modificações menores em casa e moradia compartilhada/Rtite at Home. A faixa dos serviços e da escolha de ambientes de serviços depende das necessidades de assistência de um indivíduo.

**EAD Medicaid: Cobertura de saúde para idosos com baixa renda, pessoas com deficiências e adultos trabalhadores com deficiências/Plano Sherlock (EAD):** Para se qualificar para o Medicaid para idosos com baixa renda e pessoas com deficiências, um indivíduo ou membro de um casal precisa ter 65 anos de idade ou mais ou estar vivendo com uma deficiência. Pessoas que são cegas também se qualificam para cobertura nesta categoria. A renda precisa ser igual ou abaixo de 100% do FPL, e os recursos não podem exceder \$4.000 para uma única pessoa e \$6.000 para um casal. Além disso, uma pessoa com menos de 65 anos de idade precisa ter uma deficiência determinada pela Equipe de Revisão do Medicaid (MART) que previna atividade remunerada, inclusive trabalho, por um mínimo de um ano. Alguns requerentes que tenham renda e/ou recursos acima destes valores podem qualificar para o Medicaid através do caminho dos medicamento necessitados, se tiverem altas despesas médicas a cada mês. Você receberá mais informações sobre este caminho se não atender à renda de EAD e padrões de recurso. As pessoas que recebem Renda de Previdência Complementar (SSI) com base em idade ou deficiência estão automaticamente elegíveis ao Medicaid e **não** precisam concluir esta solicitação. As pessoas que recebem Seguro de Invalidez da Previdência Social (SSDI) precisam solicitar, mas não têm que se submeter a uma revisão de deficiência pelo MART.

**Medicaid para o Programa para pessoas trabalhadoras com deficiências/Plano Sherlock:** Pessoas elegíveis sob esta categoria têm direito ao escopo completo dos benefícios do Medicaid, serviços baseados na comunidade e nos lares, e serviços necessários para obter e/ou manter o emprego. A fim de ser elegível para este programa, uma pessoa precisa ter, no mínimo, 18 (dezoito) anos de idade, atender aos requerimentos do Medicaid para elegibilidade com base em uma deficiência, ter comprovante de emprego pago e ativo, ter renda igual ou abaixo de 250% do FPL e atender a padrões de recursos especiais.

**MPP Programa de pagamento do prêmio do Medicare (MPP):** A elegibilidade para o MPP é baseada em renda e ajuda adultos com mais de 65 anos de idade e adultos com deficiências a pagarem por todos ou alguns dos custos dos prêmios, franquias e co-pagamentos das Partes A e B do Medicare. A Parte A do Medicare é cobertura de seguro hospitalar e a Parte B do Medicare é para serviços médicos, equipamento médico durável e serviços ambulatoriais. Pessoas com renda de até 135% do FPL são elegíveis a participar no MPP.

**KB Katie Beckett (KB):** Katie Beckett provê cobertura de seguro médico/Medicaid a crianças com menos de 19 anos de idade, que estejam morando em casa, mas tenham complexas necessidades de saúde que tipicamente requeiram a assistência prestada em uma instituição de saúde, como um hospital ou lar para idosos. Para determinar elegibilidade ao Katie Beckett, somente serão considerados a renda e os recursos da criança que precisa de cobertura. Uma criança pode se qualificar para os mesmos serviços disponíveis através deste caminho, se a renda familiar estiver dentro dos limites de cobertura para grupos ACC. Ligue para 1-855-MYRIDHS (1-855-697-4347), se você precisar de mais informações sobre qual caminho é o melhor para você.

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

**Você precisa de:**  Ajuda para preencher esta solicitação?  Ajuda gratuita com idioma?

Idioma preferido: \_\_\_\_\_ Idioma preferido para leitura: \_\_\_\_\_

**Quero solicitar:**

<input type="checkbox"/> <b>RIW</b>	ASSISTÊNCIA FINANCEIRA (RHODE ISLAND WORKS-RIW)	<input type="checkbox"/> <b>ACC</b>	MEDICAID/SEGURO PARTICULAR DE SAÚDE COM AJUDA FINANCEIRA (ACC)
<input type="checkbox"/> <b>SNAP</b>	PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA NUTRICIONAL COMPLEMENTAR (SNAP)	<input type="checkbox"/> <b>LTSS</b>	MEDICAID: SERVIÇOS A LONGO PRAZO E AUXÍLIOS (LTSS)
<input type="checkbox"/> <b>CCAP</b>	PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AO CUIDADO INFANTIL (CCAP)	<input type="checkbox"/> <b>KB</b>	KATIE BECKETT: COBERTURA DE SAÚDE PARA CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIAS GRAVES (KB)
<input type="checkbox"/> <b>GPA</b>	ASSISTÊNCIA AO PÚBLICO GERAL (GPA)	<input type="checkbox"/> <b>MPP</b>	PROGRAMA DE PAGAMENTO DE PRÊMIO DO MEDICARE (MPP)
<input type="checkbox"/> <b>SSP</b>	PROGRAMA DE PAGAMENTO COMPLEMENTAR ESTADUAL SSI DE RI (SSP)	<input type="checkbox"/> <b>EAD</b>	COBERTURA DE SAÚDE DO MEDICAID PARA 65 ANOS OU MAIS, CEGOS OU DEFICIENTES, OU PESSOAS COM DEFICIÊNCIAS E ADULTOS TRABALHADORES COM DEFICIÊNCIAS/PLANO SHERLOCK (EAD)

Nome, Inicial do meio, Sobrenome		Sufixo	Endereço de e-mail		Telefone ( )		
					<input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Residencial	<input type="checkbox"/> Comercial
Endereço Rua			Apartamento/Unidade:		Cidade/Município		
Estado	CEP	Telefone alternativo: ( )			Você está desabrigado? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
		<input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Residencial	<input type="checkbox"/> Comercial			
Melhor horário para contato: <input type="checkbox"/> manhã <input type="checkbox"/> tarde <input type="checkbox"/> fim de tarde <input type="checkbox"/> noite <input type="checkbox"/> fim de semana <input type="checkbox"/> qualquer horário							

*Se o seu endereço para correspondência for diferente, preencha abaixo. Caso contrário, deixe em branco.*

Endereço ou Caixa Postal	Cidade	Estado	CEP
--------------------------	--------	--------	-----

**SOMENTE PARA REQUERENTES DO SNAP:** Responda às perguntas abaixo para ver se você pode obter benefícios do SNAP mais rapidamente (dentro de 7 dias). Se a soma da sua renda, dinheiro em espécie e no banco for menor que a sua despesa mensal com moradia; ou se a sua renda mensal for menor que \$150 e seu dinheiro no banco e recursos líquidos forem menos de \$100; ou se você for um migrante ou trabalhador agrícola sazonal, você pode ser elegível a serviço urgente.

Que valor em dinheiro os membros do seu domicílio têm em espécie ou no banco? \$ \_\_\_\_\_

Qual é o valor total da renda de qualquer fonte (incluindo renda não salarial, tal como Assistência à Criança, SSI, TDI, desemprego ou SSDI, etc.) você espera que o seu domicílio receba este mês? \$ \_\_\_\_\_

Qual é o seu pagamento mensal atual de aluguel/hipoteca? \$ \_\_\_\_\_ Serviços públicos? \$ \_\_\_\_\_

Você paga para aquecer ou resfriar a sua casa?  Sim  Não

Alguém em seu domicílio é migrante ou trabalhador agrícola sazonal?  Sim  Não

**Sob pena de perjúrio, atesto que todas as informações contidas nesta solicitação são verdadeiras. Entendo que estou quebrando a lei se der informações erradas e posso ser punido sob lei federal, estadual ou ambas.**

Assinatura do requerente ou beneficiário	Data	Assinatura do representante autorizado	Data
--	------	--	------

**Você pode cortar esta folha e enviar SOMENTE a frente e o verso desta página com o seu nome, endereço e assinatura para que possamos datar, carimbar e iniciar esta solicitação. Para determinar a contínua elegibilidade do benefício, você deve assinar e preencher o restante desta solicitação e trazê-la ou enviá-la pelo correio ou por fax para o escritório do DHS.**

Se quiser que alguém solicite em seu nome, autorizar alguém a usar seus benefícios e/ou receber avisos importantes ou contas de seguro de saúde, responda às perguntas abaixo. A seleção de um representante autorizado é opcional. Você e seu representante autorizado terão ambos acesso à sua conta eletrônica. Se quiser nomear um representante autorizado, marque "Sim" abaixo e insira seus detalhes. O seu representante autorizado precisa ter 18 anos de idade ou mais e pode ser um amigo, parente, ou qualquer pessoa que você escolher.

Você quer que esta pessoa:  Solicite benefícios em seu nome?  Use seus benefícios? (somente benefícios SNAP e RIW Cash)  Receba avisos?

Nome do representante autorizado		Endereço para correspondência	
Telefone principal ( ) <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Outro	Telefone secundário ( ) <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Outro	Endereço de e-mail	
Método preferido para contato <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> Telefone <input type="checkbox"/> Correio		Horário preferido para contato? <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noite <input type="checkbox"/> Qualquer hora	
Idioma falado preferido <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Português		Idioma escrito preferido <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Português	
Empresa/Organização Nome e ID (se aplicável)			

**COMPOSIÇÃO DO DOMICÍLIO:** Liste os membros do seu domicílio abaixo.

- Requerentes do SNAP:** liste você mesmo e cada pessoa que mora na sua casa agora, mesmo que eles não queiram assistência.
- Requerentes de cobertura de saúde/ACC:** inclua você mesmo, outros membros da família e qualquer pessoa que esteja incluído na sua declaração de imposto de renda federal, se você apresenta uma. Somente inclua seu parceiro não casado (namorado/a) se vocês moram juntos E têm um filho juntos. Não inclua seu companheiro de quarto. Você pode preencher uma solicitação para outras pessoas na sua família mesmo que você não precise de cobertura ou não seja elegível à cobertura.

Membros do domicílio que optem por não requerer benefícios não precisam responder às perguntas sobre N° de Social Security ou cidadania.

<u>Nome</u> (Nome, Sobrenome, Inicial do meio, Sufixo)	<u>Data de nascimento</u> (mm/dd/aaaa)	<u>Sexo</u> M: Masculino F: Feminino	<u>N° do Social Security</u> (Necessário apenas se solicitando benefícios)	<u>O nome desta pessoa está diferente no seu cartão de Social Security?</u> Se sim, escreva o nome no cartão abaixo	<u>Cidadão americano?</u> (Necessário apenas se solicitando benefícios)
					<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
					<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
					<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
					<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
					<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
					<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
					<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Se houver mais pessoas em seu domicílio, liste-as na página 27 marcada, "para uso apenas do requerente/beneficiário".

Caso esteja solicitando benefícios do SNAP, como você gostaria de ser entrevistado?  Entrevista por telefone (OU)  Entrevista no escritório  
(Nota: uma entrevista no escritório é obrigatória para assistência RIW cash. As suas entrevistas do SNAP e RIW podem ser combinadas.)

Telefone: Dia \_\_\_\_\_ Noite: \_\_\_\_\_

Pode ser que precisemos entrar em contato com você sobre o status da sua solicitação e/ou pedir informações adicionais. Qual é o seu método de contato preferido?  E-mail  Correio

Nota: se estiver solicitando SNAP e selecionar "e-mail", você continuará a receber avisos pelo correio neste momento.

Moro em (marque um):

<input type="checkbox"/> Lar para idosos/deficientes	<input type="checkbox"/> Desabrigado: saguão, rua, automóvel	<input type="checkbox"/> Casa/trailer próprio	<input type="checkbox"/> Abrigo/Casa de recuperação	<input type="checkbox"/> Casa/apt/trailer alugado
<input type="checkbox"/> Morando na casa/ apartamento de outros:		<input type="checkbox"/> Centro de reabilitação de drogas/álcool:		<input type="checkbox"/> Sem endereço permanente:
<input type="checkbox"/> Lar de idosos/instituição: Nome da instituição:		<input type="checkbox"/> Assistência residencial/residência geriátrica: Nome da instituição:		<input type="checkbox"/> Outro (descreva):

Alguém no seu domicílio está solicitando cobertura odontológica?  Sim  Não

Se sim, escreva seus nomes abaixo:

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

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

Preencha algumas informações adicionais abaixo sobre cada membro do seu domicílio.

**\*\*Informações sobre raça/etnia:** Pedimos que você forneça estas informações para que possamos ter certeza de que todas as pessoas possam obter os benefícios de que precisam e que não estejamos discriminando ninguém. Você não tem que fornecer estas informações. Se você optar por não fornecer estas informações, isto não afetará a sua elegibilidade para benefícios. Você pode selecionar mais de uma categoria sob "raça".

<b>Nome</b>	<b>Relação com requerente principal</b>	<b>Mora com o requerente principal?</b> Sim ou Não Se não, insira o endereço	<b>Etnia</b> Insira um número (ver abaixo)	<b>Raça</b> Insira um número (ver abaixo)	<b>Estado civil</b>	<b>Solicitando benefícios?</b>
	O próprio	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não, Endereço:				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não, Endereço:				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não, Endereço:				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não, Endereço:				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não, Endereço:				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não, Endereço:				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não, Endereço:				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não, Endereço:				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

**Etnia:** 1-Hispânica 2-Não-Hispânica 3-Mexicana 4-Porto-riquenha 5-Cubana 6-Outra hispânica

**Raça:** 1-Branca 2-Negra ou afro-americana 3- Índio americano ou nativo do Alasca 4-Asiática 5-Indo-asiática 6-Chinesa 7-Filipina 8-Japonesa 9-Coreana 10-Vietnamita 11-Outra asiática 12-Nativo de Guam 13-Chamorro 14-Samoana 15-Nativo do Havaí 16-Outra ilha do Pacífico 17-Outra

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

Algum requerente está obtendo benefícios/recebendo assistência em outro estado? SIM   NÃO

Se SIM, quem? \_\_\_\_\_ Que estado? \_\_\_\_\_

**3**    **SNAP**

Antes de agora, algum requerente alguma vez solicitou ou recebeu qualquer tipo de pagamentos de assistência, benefícios ou benefícios do SNAP/Cupons de Alimentos em Rhode Island ou em outro estado? SIM   NÃO

Se SIM, quem? \_\_\_\_\_ Que estado? \_\_\_\_\_  
Sob que nome? \_\_\_\_\_ Quando? \_\_\_\_\_  
Que tipo(s) de benefícios foi/foram recebido(s)? \_\_\_\_\_

4

RIW SNAP

O Departamento de Serviços Humanos de Rhode Island (DHS) usa um sistema telefônico automático para fazer “ligações de lembretes para compromissos” para lembrá-lo de um compromisso programado de entrevista telefônica ou no escritório. Os lembretes são para compromissos de certificação ou recertificação do SNAP e do Rhode Island Works. Dois dias antes da sua visita programada, você será automaticamente contatado no número que você escrever nesta solicitação, a menos que você prefira ser excluído abaixo.

Marque aqui caso você *não* queira receber informações sobre os próximos passos no processo de solicitação de um sistema telefônico automatizado:

5

RIW SNAP CCAP GPA SSP ACC LTSS EAD MPP KB

Algum requerente está preso (detido ou encarcerado)? SIM NÃO

Se SIM, quem? \_\_\_\_\_ Que instituição? \_\_\_\_\_  
Data da prisão: \_\_\_\_\_ Data da libertação: \_\_\_\_\_

6

ACC

Algum requerente estava sob cuidados e custódia do Departamento de Crianças, Jovens e Famílias de RI no seu 18º aniversário? SIM NÃO

Se SIM, quem? \_\_\_\_\_

7

RIW CCAP GPA SSP ACC LTSS EAD MPP KB

Alguma requerente está grávida? Sim Não

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

Sobrenome	Nome	Inicial do meio	Data prevista do parto	Quantidade de bebês esperados

8

RIW SNAP ACC LTSS EAD MPP KB

Algum requerente é veterano exonerado com honras ou membro ativo do serviço militar? Sim Não

Se SIM, quem? \_\_\_\_\_

9

RIW SNAP ACC LTSS EAD MPP KB

Algum requerente é veterano militar, dependente de veterano ou sobrevivente de veterano? Sim Não

Se SIM, quem? \_\_\_\_\_ Marque um: veterano filho(a) esposa

10

ACC

Algum requerente é índio americano ou nativo do Alasca? SIM NÃO

Se sim, você pode ser elegível a proteções e benefícios especiais do Medicaid de Rhode Island. Preencha as informações abaixo.

Algum requerente é membro de uma tribo reconhecida federalmente? Sim Não Se sim, quem? \_\_\_\_\_

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

Esta pessoa já recebeu serviços do Serviço de Saúde para Índios, Programa Tribal ou Programa de Saúde para Índios Urbanos? Sim Não

Esta pessoa está elegível para obter serviços do Serviço de Saúde para Índios, Programa de Saúde Tribal ou Programas de Saúde para Índios Urbanos através de referência de um destes programas? Sim Não



**11****SNAP**

**Se estiver solicitando SNAP, você precisará selecionar um chefe do domicílio. Um chefe do domicílio é tipicamente um adulto, pai ou mãe das crianças na casa ou uma pessoa que esteja trabalhando e provendo suporte financeiro para o domicílio. Se não há pai/mãe ou indivíduo trabalhador, você pode selecionar qualquer adulto para ser chefe do domicílio. Selecione abaixo um chefe do domicílio.**

Sobrenome	Nome	Inicial do nome do meio

**12****SNAP**

**Há alguém que more com você que compre e prepare a comida separadamente?**  SIM  NÃO

**Se sim, liste as pessoas que compram e preparam a comida separadamente.**

Sobrenome	Nome	Inicial do nome do meio	Sobrenome	Nome	Inicial do nome do meio

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

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

**Se sim, preencha as informações nas caixas abaixo para cada indivíduo que esteja solicitando benefícios e não seja cidadão americano.**

*Se você estiver solicitando Assistência à Criança ou Katie Beckett, responda a esta pergunta somente em relação à criança.*

**\*\*Se você é não cidadão solicitando benefícios, as informações que você fornecer abaixo estarão sujeitas à verificação pelos Serviços de Imigração e Cidadania dos Estados Unidos (USCIS - antigamente conhecido como INS) através do envio de informações desta solicitação ao USCIS. As informações enviadas recebidas do USCIS podem afetar a elegibilidade e o nível de benefícios do domicílio. Os membros do domicílio que optem por não buscar benefícios não são obrigados a fornecer informações de imigração/cidadania. Os membros do domicílio que estão buscando benefícios devem fornecer informações sobre cidadania ou status de imigração. O valor dos benefícios dependerá do número de pessoas solicitando benefícios, mas membros do domicílio elegíveis que solicitem, poderão obter benefícios, mesmo que algumas pessoas no domicílio não estejam buscando benefícios. Membros do domicílio que não estejam buscando benefícios serão obrigados a fornecer suas informações financeiras se for necessário para determinar elegibilidade e o valor do benefício para pessoas que estejam solicitando.**

**\*Status de não cidadão:** 1- Residente permanente legal (LPR/Green Card) 2-Asilado 3-Refugiado 4- Imigrante cubano/haitiano 5-Em liberdade condicional nos EUA 6-Imigrante condicional 7-Cônjuge/Criança/Pai ou Mãe vítimas de violência 8-Vítima de tráfico 9-Suspensão concedida de deportação/remoção 10-Visto de trabalho 11-Visto de estudante 12-Status protegido temporário 13-Residente temporário legal 14-Outro (descreva)

**Pessoa 1**

Sobrenome	Nome	Inicial do meio	*Status de não cidadão (insira um número da relação acima):

**Forneça as informações sobre a sua documentação abaixo:**

**Registro de estrangeiro** \_\_\_\_\_

**Certidão de naturalização** \_\_\_\_\_

**Cartão de residente permanente (Green Card, I-551):**

**Cartão de autorização de emprego (I-766):**

Estrangeiro \_\_\_\_\_

Estrangeiro \_\_\_\_\_

Cartão nº \_\_\_\_\_

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

**Visto de imigrante legível por máquina (com idioma I-551 temporário)**

SEVIS ID \_\_\_\_\_

Visto \_\_\_\_\_ País de emissão \_\_\_\_\_

**Sistema de informações de vistos de estudante e intercâmbio (SEVIS) ID:**

Estrangeiro \_\_\_\_\_

**Documento de viagem de refugiado (I-571)** \_\_\_\_\_

**Certificado de elegibilidade para o status de estudante não imigrante (F-1)**

**Número do passaporte estrangeiro** \_\_\_\_\_

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

**Autorização de reentrada (I-327):** \_\_\_\_\_

**País de emissão:** \_\_\_\_\_

**Certificado de elegibilidade para o status de visto de intercâmbio (J-1) (DS2019) Carimbo temporário I-551 (no passaporte ou I-94, I-94A)**

SEVIS ID \_\_\_\_\_ País de emissão: \_\_\_\_\_

País de emissão \_\_\_\_\_ Número de estrangeiro: \_\_\_\_\_

**Outros tipos de documentos ou status:**

Descrição do documento \_\_\_\_\_ Estrangeiro \_\_\_\_\_ SEVIS ID \_\_\_\_\_

Se o seu nome estiver diferente no seu documento de imigração, forneça o nome no documento:

Data de vencimento do documento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Data de entrada nos EUA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

País de origem: \_\_\_\_\_ Morou nos EUA antes de 22/08/1996?  Sim  Não

Se este indivíduo solicitou ou recebeu status de residência permanente, forneça a data do status do USCIS/INS/data de residência permanente: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

O indivíduo tem um patrocinador?  Sim  Não Se sim, que tipo de patrocinador?  Individual  Agência/OrganizaçãoO patrocinador é membro do domicílio?  Sim  Não Se sim, nome do membro do domicílio: \_\_\_\_\_

Se o patrocinador é uma pessoa/organização fora do domicílio, forneça as seguintes informações:

Nome da organização: \_\_\_\_\_ Nome do patrocinador: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Telefone principal: \_\_\_\_\_

Telefone secundário: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

**Pessoa 2**

Sobrenome	Nome	Inicial do meio	*Status de não cidadão (insira um número da relação acima)

**Forneça as informações sobre a sua documentação abaixo:****Registro de estrangeiro** \_\_\_\_\_**Certidão de naturalização** \_\_\_\_\_**Cartão de residente permanente (Green Card, I-551):****Cartão de autorização de emprego (I-766):**

Estrangeiro \_\_\_\_\_

Estrangeiro \_\_\_\_\_

Cartão nº \_\_\_\_\_

**Registro de chegada/partida (I-94, I-94A) emitido pelo USCIS:****Visto de imigrante legível por máquina (com idioma I-551 temporário)**

SEVIS ID \_\_\_\_\_

Visto \_\_\_\_\_ País de emissão \_\_\_\_\_ **Sistema de informações de vistos de estudante e intercâmbio (SEVIS) ID:**

Estrangeiro \_\_\_\_\_

**Documento de viagem de refugiado (I-571) \_\_\_\_\_ Certificado de elegibilidade para o status de estudante não imigrante (F-1)****Número de passaporte estrangeiro** \_\_\_\_\_ **(I-20): SEVIS ID** \_\_\_\_\_**Autorização de reentrada (I-327):** \_\_\_\_\_ País de emissão: \_\_\_\_\_**Certificado de elegibilidade para o status de visto de intercâmbio (J-1) (DS2019) Carimbo temporário I-551 (no passaporte ou I-94, I-94A)**

SEVIS ID \_\_\_\_\_ País de emissão: \_\_\_\_\_

País de emissão \_\_\_\_\_ Número de estrangeiro: \_\_\_\_\_

**Outros tipos de documentos ou status:**

Descrição do documento \_\_\_\_\_ Estrangeiro \_\_\_\_\_ SEVIS ID \_\_\_\_\_

Se o seu nome estiver diferente no seu documento de imigração, forneça o nome no documento:

Data de vencimento do documento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Data de entrada nos EUA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

País de origem: \_\_\_\_\_ Morou nos EUA antes de 22/08/1996?  Sim  Não

Se este indivíduo solicitou ou recebeu status de residência permanente, forneça a data do status do USCIS/INS/data de residência permanente: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

O indivíduo tem um patrocinador?  Sim  Não Se sim, que tipo de patrocinador?  Individual  Agência/Organização

O patrocinador é membro do domicílio?  Sim  Não Se sim, nome do membro do domicílio: \_\_\_\_\_

Se o patrocinador é uma pessoa/organização fora do domicílio, forneça as seguintes informações:

Nome da organização: \_\_\_\_\_ Nome do patrocinador: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Telefone principal: \_\_\_\_\_

Telefone secundário: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

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

**Você ou alguém no domicílio vive com uma doença ou deficiência mental, emocional ou física, ou é cego?**  SIM  NÃO

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

**Pessoa 1:**

Sobrenome	Nome	Inicial do meio	Problema médico (descreva)	Causado por um acidente? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Esta pessoa solicitou SSI ou Benefícios da Previdência Social (SSDI)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, data da solicitação: ____/____/____				
A Administração da Previdência Social fez uma decisão oficial de que esta pessoa está vivendo com uma deficiência ou é cega? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
Esta pessoa é ativa com o Centro de Serviços de Reabilitação ou de Serviços para Cegos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
Se esta pessoa é pai ou mãe que não está trabalhando, a deficiência desta pessoa a faz incapaz de cuidar de seu(s) filho(s)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
Espera-se que esta deficiência dure um mínimo de 12 meses e impeça esta pessoa de trabalhar ou ir à escola? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
Esta pessoa precisa de ajuda com atividades diárias como tomar banho, se vestir, ir para a cama, tarefas diárias, etc.? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
Esta pessoa precisa de serviços de assistência a longo prazo em casa ou em uma comunidade ou estabelecimento de saúde como um lar com assistência terapêutica para ajudá-lo com a condição? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				

**Pessoa 2:**

Sobrenome	Nome	Inicial do meio	Problema médico (descreva)	Causado por um acidente? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Esta pessoa solicitou SSI ou Benefícios da Previdência Social (SSDI)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, data da solicitação: ____/____/____				
A Administração da Previdência Social fez uma decisão oficial de que esta pessoa está vivendo com uma deficiência ou é cega? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
Esta pessoa é ativa com o Centro de Serviços de Reabilitação ou de Serviços para Cegos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
Se esta pessoa é pai ou mãe que não está trabalhando, a deficiência desta pessoa a faz incapaz de cuidar de seu(s) filho(s)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
Espera-se que esta deficiência dure um mínimo de 12 meses e impeça esta pessoa de trabalhar ou ir à escola? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
Esta pessoa precisa de ajuda com atividades diárias como tomar banho, se vestir, ir para a cama, tarefas diárias, etc.? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
Esta pessoa precisa de serviços de assistência a longo prazo em casa ou em uma comunidade ou estabelecimento de saúde como um lar com assistência terapêutica para ajudá-lo com a condição? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				

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

**Você ou alguém no domicílio espera renda de um emprego este mês?**  SIM  NÃO

*Nota: Se você é trabalhador autônomo, será solicitado que você forneça tal informação na próxima pergunta.*

**EXEMPLOS:** Salários/ordenados, comissões, Guarda Nacional, Reserva do Exército, estudo de trabalho, treinamento no emprego, oficina, Exército dos EUA, dever de júri, rendimentos auferidos no exterior

**Se sim, preencha as caixas abaixo para cada pessoa que esteja empregada e cada emprego.**

**Pessoa 1/Emprego 1:**

Sobrenome	Nome	Inicial do meio	Nome, endereço do empregador e/ou N° de Identificação do Empregador, se disponível

Data em que começou/começará o emprego	Tipo de trabalho	Dia da semana pago
--	------------------	--------------------

Frequência do pagamento:  Por hora  Semanal  A cada duas semanas  Duas vezes por mês  Mensal  Anual  Outro \_\_\_\_\_  
 Média de horas trabalhadas por semana \_\_\_\_\_

**Liste abaixo o valor bruto pago em cada dia de pagamento nos últimos 30 dias.**

Dia de pagamento	Data de pagamento	Data do fim do período de pagamento	Horas trabalhadas por período de pagamento	Salário bruto antes de impostos	Gorjetas/Comissões
1º	____/____/____	____/____/____		\$ _____	\$ _____
2º	____/____/____	____/____/____		\$ _____	\$ _____
3º	____/____/____	____/____/____		\$ _____	\$ _____
4º	____/____/____	____/____/____		\$ _____	\$ _____

Você recebeu crédito de imposto sobre rendimento de trabalho no seu holerite?  Sim  Não

Este emprego faz parte de um programa de estudo de trabalho?  Sim  Não

Este é um programa de treinamento no emprego?  Sim  Não

Esta renda será recebida no mês seguinte?  Sim  Não

Liste o número de horas e o valor que você espera ser pago no mês seguinte:

Número de horas: \_\_\_\_\_ Ganho bruto esperado: \$ \_\_\_\_\_ Gorjetas/Comissões: \$ \_\_\_\_\_

Esta pessoa tem despesas relativas ao trabalho exigidas pelo empregador ou devido a ser cego ou deficiente?  Sim  Não

Se sim, tipo de despesa: \_\_\_\_\_

Valor da despesa: \$ \_\_\_\_\_

Esta pessoa recebeu seguro-desemprego nos últimos 12 meses?  Sim  Não

Se sim, datas de recebimento: \_\_\_\_\_

De \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Esta pessoa recusou uma oferta de trabalho ou programa de treinamento nos últimos 30 dias?  Sim  Não

Se a renda desta pessoa não é a mesma de mês a mês, quanto você acha que esta pessoa fará no próximo ano? \$ \_\_\_\_\_

**Pessoa 2/Emprego 2:**

Sobrenome	Nome	Inicial do meio	Nome, endereço do empregador e/ou N° de Identificação do Empregador, se disponível
_____	_____	_____	_____

Data em que começou/começará o emprego	Tipo de trabalho	Dia da semana pago
--	------------------	--------------------

Frequência do pagamento:  Por hora  Semanal  A cada duas semanas  Duas vezes por mês  Mensal  Anual  Outro \_\_\_\_\_  
 Média de horas trabalhadas por semana \_\_\_\_\_

**Liste abaixo o valor bruto pago em cada dia de pagamento nos últimos 30 dias.**

Dia de pagamento	Data de pagamento	Data do fim do período de pagamento	Horas trabalhadas por período de pagamento	Salário bruto antes de impostos	Gorjetas/Comissões
1º	____/____/____	____/____/____		\$ _____	\$ _____
2º	____/____/____	____/____/____		\$ _____	\$ _____
3º	____/____/____	____/____/____		\$ _____	\$ _____
4º	____/____/____	____/____/____		\$ _____	\$ _____

Você recebeu crédito de imposto sobre rendimento de trabalho no seu holerite?  Sim  Não

Este emprego faz parte de um programa de estudo de trabalho?  Sim  Não

Este é um programa de treinamento no emprego?  Sim  Não

Esta renda será recebida no mês seguinte?  Sim  Não

Liste o número de horas e o valor que você espera ser pago no mês seguinte:

Número de horas: \_\_\_\_\_ Ganho bruto esperado: \$ \_\_\_\_\_ Gorjetas/Comissões: \$ \_\_\_\_\_

Esta pessoa tem despesas relativas ao trabalho exigidas pelo empregador ou devido a ser cego ou deficiente?  Sim  Não

Se sim, tipo de despesa: \_\_\_\_\_

Valor da despesa: \$ \_\_\_\_\_

Esta pessoa recebeu seguro-desemprego nos últimos 12 meses?  Sim  Não

Se sim, datas de recebimento: \_\_\_\_\_

De \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Esta pessoa recusou uma oferta de trabalho ou programa de treinamento nos últimos 30 dias?  Sim  Não

Se a renda desta pessoa não é a mesma de mês a mês, quanto você acha que esta pessoa fará no próximo ano? \$ \_\_\_\_\_

**Pessoa 3/Emprego 3:**

Sobrenome	Nome	Inicial do meio	Nome, endereço do empregador e/ou Nº de Identificação do Empregador, se disponível		
Data em que começou/começará o emprego			Tipo de trabalho		Dia da semana pago
Frequência do pagamento: <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> A cada duas semanas <input type="checkbox"/> Duas vezes por mês <input type="checkbox"/> Mensal <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Outro _____ Média de horas trabalhadas por semana _____					
<b>Liste abaixo o valor bruto pago em cada dia de pagamento nos últimos 30 dias.</b>					
Dia de pagamento	Data de pagamento	Data do fim do período de pagamento	Horas trabalhadas por período de pagamento	Salário bruto antes de impostos	Gorjetas/Comissões
1º	____/____/____	____/____/____		\$ _____	\$ _____
2º	____/____/____	____/____/____		\$ _____	\$ _____
3º	____/____/____	____/____/____		\$ _____	\$ _____
4º	____/____/____	____/____/____		\$ _____	\$ _____
Você recebeu crédito de imposto sobre rendimento de trabalho no seu holerite? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			Este emprego faz parte de um programa de estudo de trabalho? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Este é um programa de treinamento no emprego? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Esta renda será recebida no mês seguinte?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Liste o número de horas e o valor que você espera ser pago no mês seguinte: Número de horas: _____ Ganho bruto esperado: \$ _____ Gorjetas/Comissões: \$ _____					
Esta pessoa tem despesas relativas ao trabalho exigidas pelo empregador ou devido a ser cego ou deficiente? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Se sim, tipo de despesa: _____		Valor da despesa: \$ _____	
Esta pessoa recebeu seguro-desemprego nos últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Se sim, datas de recebimento: De _____ a _____		Esta pessoa recusou uma oferta de trabalho ou programa de treinamento nos últimos 30 dias? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Se a renda desta pessoa não é a mesma de mês a mês, quanto você acha que esta pessoa fará no próximo ano? \$ _____					

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

**Você, seu cônjuge ou alguém no domicílio recebe renda de trabalho autônomo?**  **SIM**  **NÃO**

**EXEMPLOS:** negócio em casa, vendas online (ex: *EBay, Craigslist*), agricultura, pesca, serviço de babá/cuidado infantil, venda de porta-a-porta, vendas de casa, limpeza de casa

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

**Pessoa 1/Trabalho 1:**

Sobrenome	Nome	Inicial do meio	Renda bruta/Frequência \$ _____ por _____	Número médio de horas trabalhadas por semana
Tipo de negócio		Nome do negócio		Esta renda será recebida nos próximos meses? <input type="checkbox"/> <b>SIM</b> <input type="checkbox"/> <b>NÃO</b>
Total mensal das despesas relativas ao negócio: \$ _____		Que renda líquida (renda menos despesas) você obterá deste trabalho autônomo este mês? Marque um: <input type="checkbox"/> <b>Lucro</b> <input type="checkbox"/> <b>Prejuízo</b>		
Se cuidando de crianças em sua casa, número de crianças atendidas:			Número de semanas trabalhadas:	

**Pessoa 2/Trabalho 2:**

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

Total mensal das despesas relativas ao negócio: \$ _____	Que renda líquida (renda menos despesas) você obterá deste trabalho autônomo este mês? Marque um: <input type="checkbox"/> Lucro <input type="checkbox"/> Prejuízo
\$ _____	\$ _____
Se cuidando de crianças em sua casa, número de crianças atendidas:	Número de semanas trabalhadas:

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

**Você, seu cônjuge ou alguém no seu domicílio recebe ou espera receber renda que não seja de um trabalho ou trabalho autônomo, tais como dos tipos abaixo?** (Isto inclui dinheiro dado a você por um amigo ou parente.)  **SIM**  **NÃO**

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

Se estiver solicitando apenas **ACC**, não informe Rendimento Previdenciário Complementar (SSI), Benefícios de Deficiências de Veteranos, Assistência à Criança, presentes, produtos de empréstimos (tais como empréstimos estudantis, empréstimos por hipoteca de residência, ou empréstimos bancários) ou bolsas de estudos. Forneça mais informações sobre seus pagamentos de dividendos, pagamentos de juros, ganhos ou perdas de capital, ou renda de empresas de parceria não incluídos na sua renda de trabalho autônomo.

Para **todos os outros programas**, liste a porção de empréstimos estudantis, bolsas de estudos, prêmios ou concessões de bolsas de estudos usada para despesas diárias.

**EXEMPLOS:**

Subsídio de adoção	401(k)	Aposentadoria de ferroviários	Seguro-desemprego
Concessão judicial	Presentes, prêmios, herança, loteria	Royalties	Auxílio em espécie
Patrocínio de estrangeiro	Abriço em espécie	Pensões de aposentadoria	Auxílio e atendimento VA
Assistência à criança	Restituição de imposto de renda	Previdência Social (RSDI)	Compensação VA
		Pagamento de utilidades públicas da Seção 8	Benefícios básicos VA
Anuidades	Outro em espécie		
Ganhos de capital líquido/Investimento	Ganhos no jogo	Renda de juros	Renda de empresas de parceria
	Receitas de royalties	SSI, SSDI	Pensão bonificada VA
Auxílio a menor	Reivindicação de seguro e ação judicial	Acidente de trabalho	Distribuições do IRA
Dividendos, juros	Benefícios de greves	TDI	Nota promissória
Crédito de imposto s/renda de trabalho	Proventos militares	Fundos de truste	Renda estudantil (empréstimos, subsídios, bolsas)
Acolhimento infantil	Assistência de fora do estado		

**Pessoa 1:**

Sobrenome	Nome	Inicial do meio	Valor/Frequência	Data do recebimento da renda
			\$ _____ por _____	_____/_____/_____
Nº da reivindicação (se aplicável)	Tipo de renda		Esta renda será recebida nos próximos meses? <input type="checkbox"/> <b>SIM</b> <input type="checkbox"/> <b>NÃO</b>	
Você tem quaisquer despesas retiradas ou relativas a esta renda? <input type="checkbox"/> <b>SIM</b> <input type="checkbox"/> <b>NÃO</b>	Se sim, descreva a(s) despesa(s):		Valor da(s) despesa(s): _____	

**Pessoa 2:**

Sobrenome	Nome	Inicial do meio	Valor/Frequência	Data do recebimento da renda
			\$ _____ por _____	_____/_____/_____
Nº da reivindicação (se aplicável)	Tipo de renda		Esta renda será recebida nos próximos meses? <input type="checkbox"/> <b>SIM</b> <input type="checkbox"/> <b>NÃO</b>	
Você tem quaisquer despesas retiradas ou relativas a esta renda? <input type="checkbox"/> <b>SIM</b> <input type="checkbox"/> <b>NÃO</b>	Se sim, descreva a(s) despesa(s):		Valor da(s) despesa(s): _____	

**Pessoa 3:**

Sobrenome	Nome	Inicial do meio	Valor/Frequência	Data do recebimento da renda
			\$ _____ por _____	_____/_____/_____
Nº da reivindicação (se aplicável)	Tipo de renda		Esta renda será recebida nos próximos meses? <input type="checkbox"/> <b>SIM</b> <input type="checkbox"/> <b>NÃO</b>	
Você tem quaisquer despesas retiradas ou relativas a esta renda? <input type="checkbox"/> <b>SIM</b> <input type="checkbox"/> <b>NÃO</b>	Se sim, descreva a(s) despesa(s):		Valor da(s) despesa(s): _____	

**Pessoa 4:**

Sobrenome	Nome	Inicial do meio	Valor/Frequência	Data do recebimento da renda
			\$ _____ por _____	____/____/____
Nº da reivindicação (se aplicável)	Tipo de renda		Esta renda será recebida nos próximos meses? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Você tem quaisquer despesas retiradas ou relativas a esta renda? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Se sim, descreva a(s) despesa(s):		Valor da(s) despesa(s):	

**Se alguém no domicílio espera renda nos próximos 12 meses, preencha a caixa abaixo para aquela pessoa.**

Sobrenome	Nome	Inicial do meio	Tipo de renda esperada	Data prevista para o recebimento da renda
				____/____/____

**18****ACC****Informe quaisquer outras deduções de impostos permitidas não relatadas anteriormente nesta solicitação.**

*O objetivo de uma redução de imposto é diminuir a sua renda tributável. Se você paga qualquer uma das despesas listadas abaixo, isto significa que a sua renda é mais baixa e pode diminuir o custo do seu seguro de saúde. Se você anteriormente relatou despesas nas perguntas 15 - 17, não precisa reportá-las aqui novamente.*

**Exemplos de deduções permitidas:**

Contribuições para Conta Poupança Saúde (HSA)

Planos de aposentadoria e seguro de saúde para autônomos

Multas pagas por retirada prematura de poupança

Custos de mudança relativa à troca de emprego

Juros pagos em empréstimos estudantis

Despesas com educadores

Despesas com instrução e encargos escolares

Deduções de IRA/401K

Atividades do produto interno

Despesas corporativas de artistas, reservistas e funcionários do governo por tarifa

<input type="checkbox"/> <b>Pensão alimentícia paga</b> Quem? _____ Quanto? _____ Com que frequência? _____	<input type="checkbox"/> <b>Juros de empréstimo estudantil</b> Quem? _____ Quanto? _____ Com que frequência? _____	<input type="checkbox"/> <b>Despesas com instrução e encargos escolares</b> Quem? _____ Quanto? _____ Com que frequência? _____
<input type="checkbox"/> <b>Outro</b> _____ Quem? _____ Quanto? _____ Com que frequência? _____	<input type="checkbox"/> <b>Outro</b> _____ Quem? _____ Quanto? _____ Com que frequência? _____	<input type="checkbox"/> <b>Outro</b> _____ Quem? _____ Quanto? _____ Com que frequência? _____

**19****ACC**

**Preencha as caixas abaixo para cada membro do domicílio mesmo que o contribuinte ou dependente do contribuinte não esteja na sua casa.**

Nome	Esta pessoa planeja apresentar uma declaração federal de imposto de renda no próximo ano?	Esta pessoa apresentará em conjunto com um cônjuge/parceiro? <i>(Se casado, você tem que declarar em conjunto para qualificar para crédito fiscal)</i>	Esta pessoa tem dependentes no imposto de renda? <i>(Um dependente pode ser reivindicado somente por um declarante. Para declarantes conjuntos, você precisa listar os dependentes para o declarante que assinará o formulário.)</i>	Esta pessoa é reivindicada como dependente no imposto de renda de outra pessoa?	Qual é o vínculo desta pessoa com o declarante?
	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Se sim, nome do cônjuge ou parceiro:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Se sim, nome dos dependentes no imposto de renda:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Se sim, nome do declarante:	

	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Se sim, nome do cônjuge ou parceiro:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Se sim, nome dos dependentes no imposto de renda:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Se sim, nome do declarante:	
	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Se sim, nome do cônjuge ou parceiro:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Se sim, nome dos dependentes no imposto de renda:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Se sim, nome do declarante:	
	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Se sim, nome do cônjuge ou parceiro:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Se sim, nome dos dependentes no imposto de renda:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Se sim, nome do declarante:	

20

ACC

LTSS

EAD

MPP

Alguém no domicílio está inscrito ou *tem acesso* à cobertura de saúde atualmente? SIM NÃO

Se sim, preencha as caixas abaixo para cada pessoa/tipo de seguro.

\*Exemplos de tipos de seguro: Tricare, seguro de saúde para veteranos, Corpo de Paz, Medicare, seguro do empregador, seguro particular, Cobra, seguro odontológico, plano de aposentado, outro

Nome	Nome da companhia de seguro	Nº da apólice do seguro ou nº do pedido no Medicare	*Tipo do seguro (ver exemplos acima)	Atualmente inscrito?
		Prêmio mensal: _____	Marque um: <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Se não, planeja se inscrever? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Data de início: _____
		Prêmio mensal: _____	Marque um: <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Se não, planeja se inscrever? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Data de início: _____
		Prêmio mensal: _____	Marque um: <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Se não, planeja se inscrever? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Data de início: _____
		Prêmio mensal: _____	Marque um: <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Se não, planeja se inscrever? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Data de início: _____
		Prêmio mensal: _____	Marque um: <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Se não, planeja se inscrever? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Data de início: _____
		Prêmio mensal: _____	Marque um: <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Se não, planeja se inscrever? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Data de início: _____

Preencha as informações abaixo se há mudanças futuras em algum seguro do empregador listado acima.

Nome da pessoa com cobertura do empregador: _____	<input type="checkbox"/> Empregador planeja descontinuar o plano em (MM/DD/AAAA): _____	<input type="checkbox"/> Estará elegível em (MM/DD/AAAA): _____
Nome da pessoa com cobertura do empregador: _____	<input type="checkbox"/> Empregador planeja descontinuar o plano em (MM/DD/AAAA): _____	<input type="checkbox"/> Estará elegível em (MM/DD/AAAA): _____



**Preencha as informações abaixo para todos os membros da família solicitando cobertura de saúde.**

Nome:	Última cobertura por seguro de saúde: <input type="checkbox"/> No ano passado: ____/____/____ <input type="checkbox"/> Há 1-3 anos <input type="checkbox"/> Há mais de 3 anos <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Outro/Sem seguro
Nome:	Última cobertura por seguro de saúde: <input type="checkbox"/> No ano passado: ____/____/____ <input type="checkbox"/> Há 1-3 anos <input type="checkbox"/> Há mais de 3 anos <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Outro/ Sem seguro

**21****RIW****SNAP****CCAP****ACC****Preencha as caixas abaixo sobre a formação educacional de cada membro do seu domicílio.****Pessoa 1:**

Nome	Maior grau de escolaridade	Data de formatura no ensino médio(High School) (se formado): ____/____/____	Recebeu GED? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Atualmente na escola? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Se na escola, nome da escola:		Frequentando: <input type="checkbox"/> Período integral <input type="checkbox"/> Meio período <input type="checkbox"/> Menos que meio período		
Tipo: <input type="checkbox"/> K-12 <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Vocacional <input type="checkbox"/> Faculdade/Universidade <input type="checkbox"/> Escola de comércio <input type="checkbox"/> Outro			Data prevista de formatura: ____/____/____	
Participando em um programa de estudo de trabalho? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Participando em um programa de treinamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Se sim, nome do programa de treinamento:				

**Pessoa 2:**

Nome	Maior grau de escolaridade	Data de formatura no ensino médio(High School) (se formado): ____/____/____	Recebeu GED? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Atualmente na escola? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Se na escola, nome da escola:		Frequentando: <input type="checkbox"/> Período integral <input type="checkbox"/> Meio período <input type="checkbox"/> Menos que meio período		
Tipo: <input type="checkbox"/> K-12 <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Vocacional <input type="checkbox"/> Faculdade/Universidade <input type="checkbox"/> Escola de comércio <input type="checkbox"/> Outro			Data prevista de formatura: ____/____/____	
Participando em um programa de estudo de trabalho? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Participando em um programa de treinamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Se sim, nome do programa de treinamento:				

**Pessoa 3:**

Nome	Maior grau de escolaridade	Data de formatura no ensino médio(High School) (se formado): ____/____/____	Recebeu GED? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Atualmente na escola? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Se na escola, nome da escola:		Frequentando: <input type="checkbox"/> Período integral <input type="checkbox"/> Meio período <input type="checkbox"/> Menos que meio período		
Tipo: <input type="checkbox"/> K-12 <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Vocacional <input type="checkbox"/> Faculdade/Universidade <input type="checkbox"/> Escola de comércio <input type="checkbox"/> Outro			Data prevista de formatura: ____/____/____	
Participando em um programa de estudo de trabalho? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Participando em um programa de treinamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Se sim, nome do programa de treinamento:				

**Pessoa 4:**

Nome	Maior grau de escolaridade	Data de formatura no ensino médio(High School) (se formado): ____/____/____	Recebeu GED? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Atualmente na escola? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Se na escola, nome da escola:		Frequentando: <input type="checkbox"/> Período integral <input type="checkbox"/> Meio período <input type="checkbox"/> Menos que meio período		
Tipo: <input type="checkbox"/> K-12 <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Vocacional <input type="checkbox"/> Faculdade/Universidade <input type="checkbox"/> Escola de comércio <input type="checkbox"/> Outro			Data prevista de formatura: ____/____/____	
Participando em um programa de estudo de trabalho? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Participando em um programa de treinamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Se sim, nome do programa de treinamento:				

**22**

RIW

SNAP

LTSS

Você, seu cônjuge ou alguém no seu domicílio está em um grupo de condições de moradia, tais como os tipos listados abaixo?  SIM  NÃO

Abrijo para os sem-teto  
Centro de tratamento de álcool

Centro de tratamento de drogas  
Abrijo para violência doméstica

Hospital  
Lar de terceira idade

Comunidade  
Dormitório

Se sim, preencha as caixas abaixo.

Sobrenome	Nome	Inicial do meio	Nome da instalação	Tipo de instalação	Nº de refeições fornecidas por dia?

**23**

SNAP

Você ou alguém no seu domicílio está se escondendo ou fugindo da lei para evitar processo, detenção ou ser preso por um crime ou tentativa de cometer crime, ou violando uma restrição ou liberdade condicional ou liberdade vigiada?  SIM  NÃO

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

Sobrenome	Nome	Inicial do meio	Data do veredito	Estado

**24**

CCAP

Se você está solicitando assistência para creche, informe sobre o seu horário em relação à sua necessidade de creche. Preencha a tabela abaixo com o motivo pelo qual você precisa de creche e insira o horário para creche em cada dia.

Pessoa 1:

Nome do pai ou mãe:		Nome da criança:	
Dia	Motivo (marque as caixas apropriadas)	Hora inicial	Hora final
Segunda-feira	<input type="checkbox"/> Trabalho <input type="checkbox"/> Conclusão de GED/High School <input type="checkbox"/> Necessidades especiais devido à condição de saúde		
Terça-feira	<input type="checkbox"/> Trabalho <input type="checkbox"/> Conclusão de GED/High School <input type="checkbox"/> Necessidades especiais devido à condição de saúde		
Quarta-feira	<input type="checkbox"/> Trabalho <input type="checkbox"/> Conclusão de GED/High School <input type="checkbox"/> Necessidades especiais devido à condição de saúde		
Quinta-feira	<input type="checkbox"/> Trabalho <input type="checkbox"/> Conclusão de GED/High School <input type="checkbox"/> Necessidades especiais devido à condição de saúde		
Sexta-feira	<input type="checkbox"/> Trabalho <input type="checkbox"/> Conclusão de GED/High School <input type="checkbox"/> Necessidades especiais devido à condição de saúde		
Sábado	<input type="checkbox"/> Trabalho <input type="checkbox"/> Conclusão de GED/High School <input type="checkbox"/> Necessidades especiais devido à condição de saúde		
Domingo	<input type="checkbox"/> Trabalho <input type="checkbox"/> Conclusão de GED/High School <input type="checkbox"/> Necessidades especiais devido à condição de saúde		
Se o seu horário variar, explique como (você pode enviar documentação adicional para verificação).			

Pessoa 2:

Nome do pai ou mãe:		Nome da criança:	
Dia	Motivo (marque as caixas apropriadas)	Hora inicial	Hora final
Segunda-feira	<input type="checkbox"/> Trabalho <input type="checkbox"/> Conclusão de GED/High School <input type="checkbox"/> Necessidades especiais devido à condição de saúde		
Terça-feira	<input type="checkbox"/> Trabalho <input type="checkbox"/> Conclusão de GED/High School <input type="checkbox"/> Necessidades especiais devido à condição de saúde		
Quarta-feira	<input type="checkbox"/> Trabalho <input type="checkbox"/> Conclusão de GED/High School <input type="checkbox"/> Necessidades especiais devido à condição de saúde		

<b>Quinta-feira</b>	<input type="checkbox"/> Trabalho	<input type="checkbox"/> Conclusão de GED/High School		
	<input type="checkbox"/> Necessidades especiais devido à condição de saúde			
<b>Sexta-feira</b>	<input type="checkbox"/> Trabalho	<input type="checkbox"/> Conclusão de GED/High School		
	<input type="checkbox"/> Necessidades especiais devido à condição de saúde			
<b>Sábado</b>	<input type="checkbox"/> Trabalho	<input type="checkbox"/> Conclusão de GED/High School		
	<input type="checkbox"/> Necessidades especiais devido à condição de saúde			
<b>Domingo</b>	<input type="checkbox"/> Trabalho	<input type="checkbox"/> Conclusão de GED/High School		
	<input type="checkbox"/> Necessidades especiais devido à condição de saúde			

Se o seu horário variar, explique como (você pode enviar documentação adicional para verificação).

**25**  RIW  SNAP

**Você, seu cônjuge ou alguém no domicílio paga por hospedagem e/ou pensão?**  SIM  NÃO

**Se sim, preencha a caixa abaixo para o membro do domicílio que paga por hospedagem e/ou pensão.**

Sobrenome	Nome	Inicial do meio	Valor pago / Frequência	O que a hospedagem/pensão cobre?
			\$ _____ por _____	<input type="checkbox"/> Somente quarto <input type="checkbox"/> Pensão (1-2 refeições) <input type="checkbox"/> Pensão (3 refeições)

A quem é feito o pagamento da hospedagem/pensão?

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

**Alguém no seu domicílio, inclusive você, tem uma legítima demanda ou ação judicial por doenças ou lesões resultantes de um acidente de carro ou no local de trabalho, ou outra questão na qual você possa receber dinheiro?**  SIM  NÃO

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

Sobrenome	Nome	Inicial do meio	Tipo de demanda (descreva)	Data do acidente	Acidente de trabalho?
				____/____/____	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Pessoa (ou empresa) responsável/endereço			Nome da companhia de seguro/ Endereço		
Nome do advogado			Endereço do advogado		Nº da demanda

**27a**  RIW  CCAP  ACC

**Há crianças no domicílio que tenham pai ou mãe (natural ou adotivo) morando fora do lar ou falecido?**  SIM  NÃO

Se solicitando **ACC**, é opcional responder a esta pergunta. Se SIM, sei que serei solicitado a cooperar com o Gabinete de Serviços de Assistência à Criança, que coleta auxílio médico de pai ou mãe sem custódia. Se eu achar que cooperar para a coleta de auxílio médico prejudicará a mim ou a meus filhos, posso informar à agência e pode ser que não precise cooperar.

**27b**  RIW  CCAP

**Se você respondeu Sim à pergunta nº 27a e estiver solicitando RIW e/ou CCAP, preencha as caixas abaixo para cada pai ou mãe morando fora do lar (pai ou mãe sem custódia) ou falecido.**

*A legislação estadual assume uma criança nascida enquanto o casal está casado ou dentro de 10 meses de uma sentença final de divórcio como filha do casal. Liste o atual ou ex-cônjuge como pai ou mãe sem custódia da(s) criança(s) nascida(s) naquela época. Se a sentença de divórcio ou ordem judicial exclui seu cônjuge ou ex-cônjuge como pai de qualquer criança(s) listada(s) na solicitação, você precisa listar o pai biológico da(s) criança(s) e fornecer cópias da sentença ou ordem com esta solicitação.*

**Pai ou mãe 1:**

Pai ou mãe sem custódia/falecido: Sobrenome	Nome	MI	Sexo	SSN do pai/mãe sem custódia/falecido	Data de nascimento
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	____/____/____	____/____/____

Endereço do pai ou mãe sem custódia			Telefone do pai ou mãe sem custódia		
Nome do empregador		Endereço do empregador		Este pai ou mãe é deficiente e/ou veterano? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
A criança nasceu durante o casamento ou dentro de 300 dias após o fim do casamento devido a óbito ou divórcio? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Os pais da(s) criança(s) estão <i>atualmente</i> casados um com o outro? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Estado civil do pai ou mãe sem custódia <input type="checkbox"/> Nunca casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Desconhecido	
Se sim, data do casamento ____/____/____		Se não, data do divórcio ____/____/____			
Pai ou mãe sem custódia Raça:            Etnia:            Cor do cabelo:            Altura:            Peso:            Cidade do nascimento:            Estado do nascimento:					
O pai ou mãe sem custódia já esteve na prisão? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Se sim, data do início do encarceramento: ____/____/____		Data do fim do encarceramento: ____/____/____	
Um dos pais da(s) criança(s) é falecido? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Se sim, data do óbito: ____/____/____			
Filho(s) deste pai/mãe sem custódia morando no domicílio do requerente. Sobrenome da criança            Nome            Inicial do meio		Estado do nascimento	Há ordem judicial para pensão alimentícia, cobertura médica ou paternidade? (Se sim, marque o tipo de cobertura e liste a data.)		
1.			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Pensão Cobert.médica Paternidade	<input type="checkbox"/> Data ____/____/____ <input type="checkbox"/> Data ____/____/____ <input type="checkbox"/> Data ____/____/____
2.			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Pensão Cobert.médica Paternidade	<input type="checkbox"/> Data ____/____/____ <input type="checkbox"/> Data ____/____/____ <input type="checkbox"/> Data ____/____/____
3.			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Pensão Cobert.médica Paternidade	<input type="checkbox"/> Data ____/____/____ <input type="checkbox"/> Data ____/____/____ <input type="checkbox"/> Data ____/____/____
Pedimos informações sobre pai ou mãe sem custódia para que possamos buscar pensão dele(a). Se tiver medo que você ou seu filho possam ser prejudicados pelo pai ou mãe sem custódia se nos ajudar neste processo, você pode ser dispensado de cooperar. Encaminharemos você ao Advogado de Violência Doméstica que pode conversar com você e lhe ajudar com planejamento de segurança. <b>Marque esta caixa se tiver medo por você ou por seu filho se nos ajudar a coletar pensão</b> <input type="checkbox"/>					

**Pai ou mãe 2:**

Pai ou mãe sem custódia/falecido: Sobrenome    Nome    MI		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	SSN do pai/mãe sem custódia/falecido ____/____/____		Data de nascimento ____/____/____
Endereço do pai ou mãe sem custódia			Telefone do pai ou mãe sem custódia		
Nome do empregador		Endereço do empregador		Este pai ou mãe é deficiente e/ou veterano? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
A criança nasceu durante o casamento ou dentro de 300 dias após o fim do casamento devido a óbito ou divórcio? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Os pais da(s) criança(s) estão <i>atualmente</i> casados um com o outro? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Estado civil do pai ou mãe sem custódia <input type="checkbox"/> Nunca casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Desconhecido	
Se sim, data do casamento ____/____/____		Se não, data do divórcio ____/____/____			
Pai ou mãe sem custódia Raça:            Etnia:            Cor do cabelo:            Altura:            Peso:            Cidade do nascimento:            Estado do nascimento:					
O pai ou mãe sem custódia já esteve na prisão? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Se sim, data do início do encarceramento: ____/____/____		Data do fim do encarceramento: ____/____/____	

Um dos pais da(s) criança(s) é falecido? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Se sim, data do óbito: _____ / _____ / _____			
Filho(s) deste pai/mãe sem custódia morando no domicílio do requerente. Sobrenome da criança          Nome          Inicial do meio		Estado do nascimento	Há ordem judicial para pensão alimentícia, cobertura médica ou paternidade? (Se sim, marque o tipo de cobertura e liste a data.)		
1.			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Pensão Cobert.médica Paternidade	<input type="checkbox"/> Data _____ / _____ / _____ <input type="checkbox"/> Data _____ / _____ / _____ <input type="checkbox"/> Data _____ / _____ / _____
2.			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Pensão Cobert.médica Paternidade	<input type="checkbox"/> Data _____ / _____ / _____ <input type="checkbox"/> Data _____ / _____ / _____ <input type="checkbox"/> Data _____ / _____ / _____
3.			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Pensão Cobert.médica Paternidade	<input type="checkbox"/> Data _____ / _____ / _____ <input type="checkbox"/> Data _____ / _____ / _____ <input type="checkbox"/> Data _____ / _____ / _____
Pedimos informações sobre pai ou mãe sem custódia para que possamos buscar pensão dele(a). Se tiver medo que você ou seu filho possam ser prejudicados pelo pai ou mãe sem custódia se nos ajudar neste processo, você pode ser dispensado de cooperar. Encaminharemos você ao Advogado de Violência Doméstica que pode conversar com você e lhe ajudar com planejamento de segurança. <b>Marque esta caixa se tiver medo por você ou por seu filho se nos ajudar a coletar pensão</b> <input type="checkbox"/>					

**Pai ou mãe 3:**

Pai ou mãe sem custódia/falecido: Sobrenome          Nome          MI		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	SSN do pai/mãe sem custódia/falecido _____ / _____ / _____		Data de nascimento _____ / _____ / _____
Endereço do pai ou mãe sem custódia			Telefone do pai ou mãe sem custódia		
Nome do empregador		Endereço do empregador		Este pai ou mãe é deficiente e/ou veterano? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
A criança nasceu durante o casamento ou dentro de 300 dias após o fim do casamento devido a óbito ou divórcio? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Os pais da(s) criança(s) estão <i>atualmente</i> casados um com o outro? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Estado civil do pai ou mãe sem custódia <input type="checkbox"/> Nunca casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Desconhecido	
Se sim, data do casamento _____ / _____ / _____		Se não, data do divórcio _____ / _____ / _____			
Pai ou mãe sem custódia Raça:          Etnia:          Cor do cabelo:          Altura:          Peso:          Cidade do nascimento:          Estado do nascimento:					
O pai ou mãe sem custódia já esteve na prisão? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Se sim, data do início do encarceramento: _____ / _____ / _____		Data do fim do encarceramento: _____ / _____ / _____	
Um dos pais da(s) criança(s) é falecido? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Se sim, data do óbito: _____ / _____ / _____			
Filho(s) deste pai/mãe sem custódia morando no domicílio do requerente. Sobrenome da criança          Nome          Inicial do meio		Estado do nascimento	Há ordem judicial para pensão alimentícia, cobertura médica ou paternidade? (Se sim, marque o tipo de cobertura e liste a data.)		
1.			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Pensão Cobert.médica Paternidade	<input type="checkbox"/> Data _____ / _____ / _____ <input type="checkbox"/> Data _____ / _____ / _____ <input type="checkbox"/> Data _____ / _____ / _____
2.			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Pensão Cobert.médica Paternidade	<input type="checkbox"/> Data _____ / _____ / _____ <input type="checkbox"/> Data _____ / _____ / _____ <input type="checkbox"/> Data _____ / _____ / _____
3.			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Pensão Cobert.médica Paternidade	<input type="checkbox"/> Data _____ / _____ / _____ <input type="checkbox"/> Data _____ / _____ / _____ <input type="checkbox"/> Data _____ / _____ / _____

Pedimos informações sobre pai ou mãe sem custódia para que possamos buscar pensão dele(a). Se tiver medo que você ou seu filho possam ser prejudicados pelo pai ou mãe sem custódia se nos ajudar neste processo, você pode ser dispensado de cooperar. Encaminharemos você ao Advogado de Violência Doméstica que pode conversar com você e lhe ajudar com planejamento de segurança. **Marque esta caixa se tiver medo por você ou por seu filho se nos ajudar a coletar pensão**

**Pai ou mãe 4:**

Pai ou mãe sem custódia/falecido: Sobrenome	Nome	MI	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	SSN do pai/mãe sem custódia/falecido ____/____/____	Data de nascimento ____/____/____
---	------	----	---	--	--------------------------------------

Endereço do pai ou mãe sem custódia	Telefone do pai ou mãe sem custódia
-------------------------------------	-------------------------------------

Nome do empregador	Endereço do empregador	Este pai ou mãe é deficiente e/ou veterano? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--------------------	------------------------	---

A criança nasceu durante o casamento ou dentro de 300 dias após o fim do casamento devido a óbito ou divórcio? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, data do casamento ____/____/____	Os pais da(s) criança(s) estão <i>atualmente</i> casados um com o outro? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se não, data do divórcio ____/____/____	Estado civil do pai ou mãe sem custódia <input type="checkbox"/> Nunca casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Desconhecido
--	---	--

Pai ou mãe sem custódia						
Raça:	Etnia:	Cor do cabelo:	Altura:	Peso:	Cidade do nascimento:	Estado do nascimento:

O pai ou mãe sem custódia já esteve na prisão? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, data do início do encarceramento: ____/____/____	Data do fim do encarceramento: ____/____/____
--	--	---

Um dos pais da(s) criança(s) é falecido? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, data do óbito: ____/____/____
--	---------------------------------------

Filho(s) deste pai/mãe sem custódia morando no domicílio do requerente. Sobrenome da criança	Nome	Inicial do meio	Estado do nascimento	Há ordem judicial para pensão alimentícia, cobertura médica ou paternidade? (Se sim, marque o tipo de cobertura e liste a data.)
1.				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Pensão <input type="checkbox"/> Cobert.médica <input type="checkbox"/> Paternidade <input type="checkbox"/> Data ____/____/____ <input type="checkbox"/> Data ____/____/____ <input type="checkbox"/> Data ____/____/____
2.				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Pensão <input type="checkbox"/> Cobert.médica <input type="checkbox"/> Paternidade <input type="checkbox"/> Data ____/____/____ <input type="checkbox"/> Data ____/____/____ <input type="checkbox"/> Data ____/____/____
3.				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Pensão <input type="checkbox"/> Cobert.médica <input type="checkbox"/> Paternidade <input type="checkbox"/> Data ____/____/____ <input type="checkbox"/> Data ____/____/____ <input type="checkbox"/> Data ____/____/____

Pedimos informações sobre pai ou mãe sem custódia para que possamos buscar pensão dele(a). Se tiver medo que você ou seu filho possam ser prejudicados pelo pai ou mãe sem custódia se nos ajudar neste processo, você pode ser dispensado de cooperar. Encaminharemos você ao Advogado de Violência Doméstica que pode conversar com você e lhe ajudar com planejamento de segurança. **Marque esta caixa se tiver medo por você ou por seu filho se nos ajudar a coletar pensão:**

28

SNAP

Você ou algum membro do seu domicílio foi condenado por alguma das ofensas listadas abaixo? SIM NÃO

Se sim, preencha as caixas abaixo para cada membro do domicílio que tenha sido condenado por uma ofensa e marque a caixa para a ofensa aplicável à direita.

Sobrenome	Nome	Inicial do meio	Marque a(s) caixa(s) abaixo que se aplica.
			<input type="checkbox"/> Trocar benefícios do SNAP por drogas após 22 de setembro de 1996? <input type="checkbox"/> Comprar ou vender benefícios do SNAP acima de \$500 após 22 de setembro de 1996? <input type="checkbox"/> Receber fraudulentamente benefícios duplicados do SNAP em qualquer estado após 22 de setembro de 1996? <input type="checkbox"/> Trocar benefícios do SNAP por armas, munição ou explosivos após 22 de setembro de 1996?

**29****SNAP**

Você ou qualquer membro do seu domicílio foi impedido de participar do SNAP/Programa de cupons de alimentos em outro estado?

SIM  NÃO

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

Sobrenome	Nome	Inicial do meio	Data	Estado

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

Você, seu cônjuge ou alguém no domicílio possui e/ou tem qualquer veículo registrado em seu nome?  SIM  NÃO

Se sim, preencha as caixas abaixo para cada veículo. Exemplos: carro, barco, trailer, veículo de neve, caminhão, motocicleta

**Veículo 1:**

Proprietário: Sobrenome	Nome	Inicial do meio	Veículo: Tipo	Marca	Modelo	Ano
Para que o veículo é usado? (ex: trabalho, uso diário, transporte para membro deficiente do domicílio)			Valor devido \$	Número da placa	Nº de ID do veículo (VIN)	
Nome da companhia de seguro:						
O veículo está registrado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		O veículo está produzindo renda? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Você tem posse do veículo atualmente? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Você possui o veículo junto com outra pessoa? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			Se sim, nome da pessoa que é coproprietária do veículo:			

**Veículo 2**

Proprietário: Sobrenome	Nome	Inicial do meio	Veículo: Tipo	Marca	Modelo	Ano
Para que o veículo é usado? (ex: trabalho, uso diário, transporte para membro deficiente do domicílio)			Valor devido \$	Número da placa	Nº de ID do veículo (VIN)	
Nome da companhia de seguro:						
O veículo está registrado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		O veículo está produzindo renda? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Você tem posse do veículo atualmente? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Você possui o veículo junto com outra pessoa? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			Se sim, nome da pessoa que é coproprietária do veículo:			

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

Certos recursos/bens, tais como contas bancárias, podem contar para a sua elegibilidade, dependendo do programa que você esteja solicitando. Certos recursos/bens podem não contar, tais como a casa e o lote onde você mora e os recursos de pessoas que recebem Rendimento Previdenciário Complementar.

**Exemplos** de coisas que você possui incluem, mas não estão limitadas a: dinheiro em espécie, conta-corrente, conta de poupança, trustee(s), CD – Certificado de Depósito, royalties, seguro de vida ou para sepultamento, ações ou títulos, conta de aposentadoria, gado, imóvel/terra – não ocupados, direito vitalício sobre bem, fundos mútuos

Você, seu cônjuge ou alguém no seu domicílio possui quaisquer recursos/bens?  SIM  NÃO

**Se sim, preencha as caixas abaixo para cada recurso/bem de propriedade sua e de alguém no seu domicílio.**

Recurso ou bem	Quem o possui?	Valor	Banco ou nome da companhia, se aplicável
		\$ _____ Produce renda? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
		\$ _____ Produce renda? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
		\$ _____ Produce renda? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
		\$ _____ Produce renda? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

**32**

**RIW**

**CCAP**

**GPA**

**SSP**

**LTSS**

**EAD**

**MPP**

**KB**

**Você, seu cônjuge ou alguém no seu domicílio recebeu um pagamento único, como Social Security, Aposentadoria, Sobrevivência e Invalidez (RSDI) nos últimos 6 meses?**  SIM  NÃO

**Se sim, preencha as caixas abaixo para cada pagamento único.**

**Pessoa 1**

Sobrenome		Nome		Tipo de pagamento		Data do recebimento ____/____/____	
Valor da quantia única: \$ _____		A quantia única é de propriedade compartilhada? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Se sim, quem é o coproprietário?			

**Pessoa 2**

Sobrenome		Nome		Tipo de pagamento		Data do recebimento ____/____/____	
Valor da quantia única: \$ _____		A quantia única é de propriedade compartilhada? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Se sim, quem é o coproprietário?			

**33**

**RIW**

**CCAP**

**GPA**

**SSP**

**LTSS**

**MPP**

**KB**

**Você, seu cônjuge ou alguém agindo em seu nome (inclusive um tribunal) estabeleceu um truste ou colocou algum dinheiro ou outro recurso em um truste nos últimos 60 (sessenta) meses?**  SIM  NÃO

**Alguma propriedade resultou de um truste nos últimos 60 (sessenta) meses?**  SIM  NÃO

**Se sim, você deve prover cópias do truste e descrever todas estas transações dentro e fora do truste. Preencha as caixas abaixo.**

Estabelecido por	Data do estabelecimento	Valor
	____/____/____	\$ _____

**34**

**RIW**

**EAD**

**LTSS**

**MPP**

**Você, seu cônjuge ou alguém no domicílio cedeu, vendeu, transferiu por escritura ou transferiu para qualquer pessoa ou entidade, quaisquer itens de valor nos últimos 60 (sessenta) meses?**  SIM  NÃO

*Se está solicitando apenas RIW, responda "sim" à pergunta somente se os itens de valor foram transferidos dentro do mês no qual você está solicitando os benefícios. Se você está solicitando apenas benefícios do SNAP e lhe for pedido para responder a esta pergunta, reporte os itens de valor que foram transferidos nos últimos 3 (três) meses.*



**Se sim, preencha as caixas abaixo.**

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

**35****SNAP**

Você ou alguém no domicílio deixou o emprego nos últimos 60 (sessenta) dias ou alguém está em greve? SIM NÃO

**Se sim, preencha as caixas abaixo.**

Sobrenome	Nome	Inicial do meio	Motivo para deixar o emprego	Data em que deixou o emprego/Data em que a greve começou / /
Nome do empregador			Endereço do empregador	

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

Você, seu cônjuge ou alguém no seu domicílio recebe renda de aluguel? SIM NÃO

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

Sobrenome	Nome	Inicial do meio	Nº de unidades	A pessoa mora aqui? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Horas por semana p/ manter a propriedade: _____			Aluguel total recebido \$ _____		Esta renda continuará nos próximos meses? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Despesa de aluguel	Frequência?	Despesa de aluguel	Frequência?	Despesa de aluguel	Frequência?
Hipoteca \$ _____	_____	Água \$ _____	_____	Eletric. \$ _____	_____
Impostos \$ _____	_____	Esgoto \$ _____	_____	Óleo \$ _____	_____
		Lixo \$ _____	_____	Reparos \$ _____	_____
		Gás \$ _____	_____	Outros \$ _____	_____

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

Você, seu cônjuge ou alguém no seu domicílio recebe pagamento de sublocatários e/ou pensionistas? SIM NÃO

**Se sim, preencha as caixas abaixo. Anexe documentação se desejar reivindicar despesas reais.**

Nome da pessoa que recebe o pagamento: Sobrenome      Nome      Inicial do meio		Número de horas trabalhadas por semana:	
		Esta renda será recebida nos próximos meses? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Nome(s) dos sublocatários/pensionistas	Valor recebido/ Frequência	Inclui (marque as caixas)	Data de recebimento
	\$ _____ por _____	Somente quarto <input type="checkbox"/> Pensão (1-2 refeições) <input type="checkbox"/> Pensão (3 refeições) <input type="checkbox"/>	____/____/____
	\$ _____ por _____	Somente quarto <input type="checkbox"/> Pensão (1-2 refeições) <input type="checkbox"/> Pensão (3 refeições) <input type="checkbox"/>	____/____/____
	\$ _____ por _____	Somente quarto <input type="checkbox"/> Pensão (1-2 refeições) <input type="checkbox"/> Pensão (3 refeições) <input type="checkbox"/>	____/____/____
Despesas: \$ _____ por _____		Tipo(s) de despesas:	

\*(Se você relatar e fornecer comprovante das suas despesas listadas nas perguntas 38-42, isto pode ajudá-lo a obter mais benefícios do SNAP e pode afetar a sua elegibilidade. Se você não informar uma despesa ou fornecer comprovante, então, assumiremos que você não quer que esta despesa seja computada.)

**38****RIW****SNAP**

Você, seu cônjuge ou alguém no domicílio paga para alguém cuidar de crianças, idosos ou adultos deficientes por causa de trabalho, treinamento, busca de trabalho ou escola? SIM NÃO

**EXEMPLOS:** Pagamentos feitos a prestadores de cuidados de crianças ou adultos por cuidado diurno; Pagamentos feitos para programas antes ou após a escola; Taxas de colônia de férias; Custo de transporte de ida e volta para prestadores de cuidados de crianças/adultos

Se sim, preencha as caixas abaixo sobre cada pessoa que pagou pela assistência.

**Pessoa 1:**

Nome da pessoa que paga pela assistência	Assistência diurna é necessária porque está: <input type="checkbox"/> Trabalhando <input type="checkbox"/> Na escola/ em treinamento <input type="checkbox"/> Buscando trabalho	Este custo é subsidiado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, valor do subsídio? \$ _____ por _____
Nome da pessoa a ser cuidada	Adulto/Criança <input type="checkbox"/> Adulto <input type="checkbox"/> Criança	Valor do pagamento desembolsado ou do co-pagamento \$ _____ por _____	Este custo continuará? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Nome do prestador de cuidados	Endereço do prestador de cuidados		

**Pessoa 2:**

Nome da pessoa que paga pela assistência	Assistência diurna é necessária porque está: <input type="checkbox"/> Trabalhando <input type="checkbox"/> Na escola/ em treinamento <input type="checkbox"/> Buscando trabalho	Este custo é subsidiado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, valor do subsídio? \$ _____ por _____
Nome da pessoa a ser cuidada	Adulto/Criança <input type="checkbox"/> Adulto <input type="checkbox"/> Criança	Valor do pagamento desembolsado ou do co-pagamento \$ _____ por _____	Este custo continuará? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Nome do prestador de cuidados	Endereço do prestador de cuidados		

**39****SNAP****LTSS****EAD**

Há alguém no seu domicílio que tenha 60 (sessenta) anos de idade ou mais (65 ou mais se solicitando EAD/LTSS) ou seja deficiente, que incorra ou tenha quaisquer despesas médicas não pagas não cobertas por seguro de saúde? SIM NÃO

**EXEMPLOS:** Prêmios de seguro de saúde    Aparelhos auditivos    Assistência odontológica    Medicamentos receitados  
Óculos    Contas hospitalares    Equipamento médico/Suprimentos    Prêmios do Medicare  
Transporte de e para serviços ou tratamento médico

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

**Pessoa 1/Despesa 1:**

Sobrenome	Nome	Inicial do meio	Tipo de despesa médica	Valor incorrido \$ _____ Com que frequência? _____
A despesa médica está vencida? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	A despesa é paga a:	Data do serviço _____/_____/_____	Quando você espera que isto termine? _____/_____/_____	

**Pessoa 2/Despesa 2:**

Sobrenome	Nome	Inicial do meio	Tipo de despesa médica	Valor incorrido \$ _____ Com que frequência? _____
A despesa médica está vencida? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO				
A despesa é paga a:		Data do serviço ____/____/____	A despesa médica está vencida? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	

**Pessoa 3/Despesa 3:**

Sobrenome	Nome	Inicial do meio	Tipo de despesa médica	Valor incorrido \$ _____ Com que frequência? _____
A despesa médica está vencida? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO				
A despesa é paga a:		Data do serviço ____/____/____	Quando você espera que isto termine? ____/____/____	

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

**Você, seu cônjuge ou alguém no domicílio paga pensão para filhos ou pensão alimentícia/pensão conjugal para qualquer pessoa que não more neste domicílio?**  SIM  NÃO

*Se estiver solicitando somente **ACC**, você precisa responder a esta pergunta somente se você paga pensão alimentícia/pensão conjugal.*

**Se sim, preencha as caixas abaixo sobre cada pessoa que paga pensão para filhos ou pensão alimentícia/pensão conjugal.**

**Pessoa 1:**

Sobrenome	Nome	Inicial do meio	Quem é a pessoa reivindicando/A quem a pensão é paga?	
Valor pago \$ _____ por _____			Tipo de reivindicação/pensão: <input type="checkbox"/> Pensão para filhos <input type="checkbox"/> Auxílio médico <input type="checkbox"/> Pensão alimentícia/Pensão conjugal	
			Esta despesa ocorre por ordem judicial? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	

**Pessoa 2:**

Sobrenome	Nome	Inicial do meio	Quem é a pessoa reivindicando/A quem a pensão é paga?	
Valor pago \$ _____ por _____			Tipo de reivindicação/pensão: <input type="checkbox"/> Pensão para filhos <input type="checkbox"/> Auxílio médico <input type="checkbox"/> Pensão alimentícia/Pensão conjugal	
			Esta despesa ocorre por ordem judicial? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	

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

**Você, seu cônjuge ou alguém no domicílio paga por moradia?**  SIM  NÃO

**EXEMPLOS:** aluguel ou parte do aluguel do apartamento, casa, trailer ou abrigo onde você mora seguro residencial hipoteca contrato de terra impostos territoriais taxas de avaliação pagamentos por trailer taxas de condomínio/associação

**Se sim, preencha as caixas abaixo para cada pessoa que paga por moradia.**

Sobrenome	Nome	Inicial do meio	Valor total de aluguel ou hipoteca/Frequência \$ _____ / _____	Valor pago por você \$ _____	Tipo de moradia
Alguém divide o custo de moradia? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		Se Sim, Nome: _____ Valor \$ _____			
Se alugando, incluído no aluguel: <input type="checkbox"/> Aquecimento <input type="checkbox"/> Utilidades públicas		Se alugando, o aluguel é subsidiado? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		Se Sim, o valor do subsídio é \$ _____	Tipo de subsídio

Se alugando, nome do senhorio:	Telefone do senhorio
Endereço do senhorio:	
<b>Despesas mensais do proprietário:</b> Primeira hipoteca	<b>Despesas mensais do proprietário:</b> Segunda hipoteca
Principal \$ _____ Juros \$ _____	Principal \$ _____ Juros \$ _____
Inclui: <input type="checkbox"/> Impostos <input type="checkbox"/> Seguro	Inclui: <input type="checkbox"/> Impostos <input type="checkbox"/> Seguro
Impostos \$ _____ Seguro \$ _____	Impostos \$ _____ Seguro \$ _____
Aluguel do lote \$ _____ Outro \$ _____	Aluguel do lote \$ _____ Outro \$ _____

SNAP LTSS

42

Você ou alguém no domicílio recebeu assistência para aquecimento devido à baixa renda nos últimos 12 meses?  SIM  NÃO  
 Você ou alguém no domicílio para todas ou uma parte do combustível ou utilidades públicas listadas abaixo?  SIM  NÃO

Se sim, preencha as caixas abaixo indicando que combustível/utilidades públicas são pagas e o valor.

Aquecimento ou refrigeração? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Telefone? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Eletricidade? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Incluído no aluguel? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Se Sim, valor: \$ _____ por _____	Se Sim, valor: \$ _____ por _____
Água? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Esgoto? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Lixo? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Se Sim, valor: \$ _____ por _____	Se Sim, valor: \$ _____ por _____	Se Sim, valor: \$ _____ por _____

43

EAD

Após abril de 1977, você alguma vez recebeu um cheque de SSI na mesma época em que recebeu previdência social, ou você recebeu SSI no mês exatamente anterior ao início da previdência social?  SIM  NÃO

Se sim, preencha as caixas abaixo.

Sobrenome	Nome	Inicial do meio	Ano do recebimento

44

ACC

#### CONSENTIMENTO PARA USO DE DADOS SOBRE RENDIMENTOS

A FIM DE DETERMINAR A SUA ELEGIBILIDADE PARA AJUDA NO PAGAMENTO DE SUA COBERTURA MÉDICA, USAREMOS DADOS SOBRE RENDIMENTOS, INCLUSIVE INFORMAÇÕES DAS DECLARAÇÕES FISCAIS. VOCÊ RECEBERÁ UM AVISO COM A DETERMINAÇÃO DA SUA ELEGIBILIDADE E PODE FAZER MODIFICAÇÕES PARA ATUALIZAR AS INFORMAÇÕES DE RENDA USADAS A QUALQUER MOMENTO ENTRANDO EM CONTATO COM HEALTHSOURCE RI. MARQUE UMA DAS CAIXAS ABAIXO:

- CONCORDO EM DAR MEU CONSENTIMENTO PARA USO DE DADOS SOBRE RENDIMENTOS  
 NÃO CONCORDO EM DAR MEU CONSENTIMENTO E ENTENDO QUE ISTO IMPACTARÁ MINHA ELEGIBILIDADE PARA AJUDA NO PAGAMENTO DE COBERTURA MÉDICA.

VOCÊ PODE OPTAR POR TER ESTE CONSENTIMENTO RENOVADO AUTOMATICAMENTE POR UM, DOIS, TRÊS, QUATRO OU CINCO ANOS. A SELEÇÃO DE UM PERÍODO DE TEMPO MAIS LONGO PODE FAZER COM QUE SEJA MAIS FÁCIL PARA NÓS DETERMINAR A SUA ELEGIBILIDADE EM ANOS FUTUROS. POR FAVOR, RENOVE A MINHA ELEGIBILIDADE AUTOMATICAMENTE PELOS PRÓXIMOS (MARQUE UM):

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

ENTENDO QUE SE RECEBER AJUDA FINANCEIRA PARA REDUZIR O CUSTO DE COBERTURA MÉDICA PARA MIM E/OU MEUS DEPENDENTES:

- ✓ PRECISO APRESENTAR UMA DECLARAÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA NO ANO SEGUINTE AO ANO DA MINHA COBERTURA PARA O ANO FISCAL NO QUAL RECEBI COBERTURA.
- ✓ SE EU FOR CASADO NO FIM DO ANO DE COBERTURA, PRECISO APRESENTAR UMA DECLARAÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA CONJUNTA COM MEU CÔNJUGE.

TAMBÉM ESPERO QUE:

- ✓ NINGUÉM MAIS SEJA CAPAZ DE ME REIVINDICAR COMO DEPENDENTE EM SUA DECLARAÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA REFERENTE AO ANO DE COBERTURA.
- ✓ REIVINDICAREI UMA DEDUÇÃO DE ISENÇÃO PESSOAL NA MINHA DECLARAÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA REFERENTE AO ANO DE COBERTURA PARA QUALQUER INDIVÍDUO LISTADO NESTA SOLICITAÇÃO COMO UM DEPENDENTE QUE ESTEJA INSCRITO NA COBERTURA E QUE RECEBA AJUDA FINANCEIRA PARA ESTA COBERTURA.

SE HOUVER MODIFICAÇÃO EM QUALQUER DAS SITUAÇÕES ACIMA, ENTENDO QUE ISTO PODE IMPACTAR A MINHA CAPACIDADE DE OBTER UM ADIANTAMENTO DO CRÉDITO FISCAL SOBRE O PRÊMIO.

TAMBÉM ENTENDO QUE QUANDO EU APRESENTAR MINHA DECLARAÇÃO DO IMPOSTO DE RENDA REFERENTE AO ANO DE COBERTURA, A RECEITA FEDERAL (INTERNAL REVENUE SERVICE – IRS) COMPARARÁ A RENDA NA MINHA DECLARAÇÃO FISCAL COM A RENDA NA MINHA SOLICITAÇÃO. ENTENDO QUE SE A RENDA NA MINHA DECLARAÇÃO FISCAL FOR MAIS BAIXA QUE O VALOR DA RENDA NA MINHA SOLICITAÇÃO, POSSO SER ELEGÍVEL A OBTER UM VALOR ADICIONAL DE CRÉDITO FISCAL. POR OUTRO LADO, SE A RENDA DA MINHA DECLARAÇÃO FISCAL FOR MAIS ALTA QUE O VALOR DA RENDA NA MINHA SOLICITAÇÃO, POSSO DEVER ADICIONAL IMPOSTO SOBRE A RENDA.

#### CONSENTIMENTO PARA VERIFICAÇÃO DE IDENTIDADE

PARA PROTEGER A SUA PRIVACIDADE, VOCÊ PRECISARÁ CONCLUIR COM ÊXITO A VERIFICAÇÃO DE IDENTIDADE ANTES DE ESTABELECEER UMA CONTA ONLINE CONOSCO E OBTER ACESSO A CERTAS INFORMAÇÕES QUE ESTARÃO CONTIDAS NA SUA CONTA. AO CLICAR NA CAIXA "EU CONCORDO", VOCÊ ESTÁ DANDO O SEU CONSENTIMENTO PARA QUE A EXPERIAN ACESSE AS SUAS INFORMAÇÕES PESSOAIS PARA CONDUZIR VERIFICAÇÃO DE ID EM NOME DA CMS E DO ESTADO DE RHODE ISLAND.

- CONCORDO EM DAR MEU CONSENTIMENTO À EXPERIAN PARA CONDUZIR VERIFICAÇÃO DE ID
- NÃO CONCORDO EM DAR MEU CONSENTIMENTO E ENTENDO QUE ISTO IMPACTARÁ A MINHA ELEGIBILIDADE PARA AJUDA NO PAGAMENTO DE COBERTURA MÉDICA.

CERTIFIQUE-SE DE TER ESCRITO SEU NOME LEGAL, ATUAL ENDEREÇO RESIDENCIAL, TELEFONE PRINCIPAL, DATA DE NASCIMENTO E ENDEREÇO DE E-MAIL CORRETAMENTE. PARA ACESSO À CONTA ONLINE, COLETAREMOS APENAS INFORMAÇÕES PESSOAIS PARA VERIFICAR A SUA IDENTIDADE COM A EXPERIAN, UM PROVEDOR EXTERNO DE VERIFICAÇÃO DE IDENTIDADE. A VERIFICAÇÃO DE IDENTIDADE ENVOLVE O USO POR PARTE DA EXPERIAN DE INFORMAÇÕES DO SEU PERFIL DE RELATÓRIO DE CONSUMIDOR PARA AJUDAR A CONFIRMAR A SUA IDENTIDADE. COMO RESULTADO, VOCÊ PODE VER UM LANÇAMENTO CHAMADO "CONSULTA INFORMAL" NO SEU RELATÓRIO DE CONSUMIDOR DA EXPERIAN. CONSULTAS INFORMAIS SÃO VISÍVEIS SOMENTE PARA VOCÊ, NUNCA SERÃO APRESENTADAS A TERCEIROS E NÃO AFETAM A SUA PONTUAÇÃO DE CRÉDITO. A CONSULTA INFORMAL TERÁ O TÍTULO DE "CMS PROOFING SERVICES" E SERÁ REMOVIDA DO SEU RELATÓRIO DE CONSUMIDOR DA EXPERIAN APÓS 25 MESES. VOCÊ PODE PRECISAR TER ACESSO ÀS SUAS INFORMAÇÕES PESSOAIS E DO RELATÓRIO DE CONSUMIDOR, UMA VEZ QUE A SOLICITAÇÃO DA EXPERIAN LHE FARÁ PERGUNTAS COM BASE NOS DADOS EM SEUS ARQUIVOS.

#### SEU CONSENTIMENTO PARA COMPARTILHAR DADOS PARA DECISÕES DE ELEGIBILIDADE

PODEMOS AJUDÁ-LO MELHOR SE CONSEGUIRMOS TRABALHAR COM OUTRAS AGÊNCIAS E PROFISSIONAIS QUE CONHECEM VOCÊ E SUA FAMÍLIA. AO MARCAR A CAIXA "EU CONCORDO", VOCÊ ESTÁ NOS DANDO PERMISSÃO PARA OBTER, USAR E COMPARTILHAR INFORMAÇÕES CONFIDENCIAIS SOBRE VOCÊ A PARTIR DE VÁRIAS FONTES, INCLUSIVE O DEPARTAMENTO DE TRABALHO E TREINAMENTO DE R.I., O DEPARTAMENTO DE SERVIÇOS HUMANOS DE R.I., O GABINETE EXECUTIVO DE SAÚDE E SERVIÇOS HUMANOS DE R.I., O DEPARTAMENTO DE R.I., O DEPARTAMENTO DE SERVIÇOS PRISIONAIS DE R.I. E EXPERIAN, EM NOME DOS CENTROS DE SERVIÇOS DE MEDICAID E MEDICARE E ADMINISTRAÇÃO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL.

NÃO LHE RECUSAREMOS BENEFÍCIOS OU ACESSO A QUAISQUER PROGRAMAS A QUE VOCÊ SEJA ELEGÍVEL SIMPLEMENTE PORQUE VOCÊ NÃO NOS DEU PERMISSÃO PARA OBTER, USAR E COMPARTILHAR INFORMAÇÕES CONFIDENCIAIS; NO ENTANTO, NÃO PODEREMOS AJUDÁ-LO A ACESSAR CERTOS PROGRAMAS E AUXÍLIOS A QUE VOCÊ POSSA SER ELEGÍVEL, SE NÃO TIVERMOS O SEU CONSENTIMENTO PARA OBTER E COMPARTILHAR INFORMAÇÕES. O SEU CONSENTIMENTO É NECESSÁRIO A FIM DE QUE SUA ELEGIBILIDADE SEJA DETERMINADA.

VOCÊ PODE PROCURAR E COMPRAR COBERTURA DE SEGURO DE SAÚDE SEM PREENCHER ESTE CONSENTIMENTO, ENTRANDO EM CONTATO COM O NOSSO CENTRO PARA CONTATO EM 1-855-840-HSRI (4774), MAS SE QUISER SABER SE É ELEGÍVEL A QUALQUER AJUDA FINANCEIRA PARA A COMPRA DE COBERTURA, SE É ELEGÍVEL AO MEDICAID, SERÁ NECESSÁRIO QUE VOCÊ PREENCHA ESTE CONSENTIMENTO.

TODO O USO E COMPARTILHAMENTO DE INFORMAÇÕES QUE VOCÊ ESTÁ AUTORIZANDO AO MARCAR A CAIXA "EU CONCORDO" SERÃO FEITOS EM CONFORMIDADE COM TODAS AS LEIS E REGULAMENTOS ESTADUAIS E FEDERAIS RELEVANTES QUE PROTEGEM A SUA PRIVACIDADE, INCLUSIVE, MAS NÃO LIMITADO A: LEI DE PORTABILIDADE E DE RESPONSABILIDADE DOS SEGUROS DE SAÚDE DE 1996 (PUB. L. 104-191 CONHECIDA COMO HIPAA); CONFIDENCIALIDADE DE INFORMAÇÕES E COMUNICAÇÕES DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE R.I. (R.I.G.L. 5-37.3-1 ET SEQ.); R.I.G.L. 28-32-5, 28-36-12, 28-42-38, 28-39-19, 28-39-22, 40.1-5-26, 23-3-23, 42-12-22, 40-6-12 E TODAS AS OUTRAS LEIS E REGULAMENTOS APLICÁVEIS. AS INFORMAÇÕES SERÃO COMPARTILHADAS POR TRANSFERÊNCIA DE DADOS POR COMPUTADOR.

AO MARCAR A CAIXA EU CONCORDO "EU CONSINTO COM A OBTENÇÃO E USO DAS MINHAS INFORMAÇÕES CONFIDENCIAIS PARA DETERMINAR MINHA ELEGIBILIDADE PARA INSCRIÇÃO EM COBERTURA DE SEGURO DE SAÚDE FINANCIADO PELO ESTADO OU OUTROS PROGRAMAS FINANCIADOS PELO ESTADO ADMINISTRADOS ATRAVÉS DESTE CENTRO, PARA PLANEJAR, FORNECER E COORDENAR BENEFÍCIOS E PAGAMENTOS".

- EU CONCORDO EM DAR MEU CONSENTIMENTO PARA COMPARTILHAR DADOS PARA DECISÕES DE ELEGIBILIDADE
- EU NÃO CONCORDO COM ESTE CONSENTIMENTO E ENTENDO QUE A MINHA ELEGIBILIDADE PARA CERTOS PROGRAMAS E

**AUXÍLIOS SERÁ IMPACTADA POR ESTA DECISÃO**

**LI OU FORAM EXPLICADOS PARA MIM MEUS DIREITOS E RESPONSABILIDADES E ENTENDO QUE POSSO GUARDAR UMA CÓPIA DOS DIREITOS E RESPONSABILIDADES (LISTADOS NAS PÁGINAS 28-32).  SIM  NÃO**

**Somente para consultores de solicitação certificados, navegadores, agentes e corretores**

Preencha esta seção se você for um consultor de solicitação certificado, navegador, agente ou corretor preenchendo esta solicitação para outra pessoa.

Data do início da solicitação: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Sobrenome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Inicial do meio \_\_\_\_\_

Nome da organização

Número de ID (se aplicável)

**Leia os Direitos e Responsabilidades nas páginas seguintes e ASSINE na página 32 de Direitos e Responsabilidades. A sua solicitação precisa ser assinada para ser válida.**

**Para uso apenas do requerente/beneficiário**

Use esta página para adicionar informações sobre as perguntas 1 a 44. Certifique-se de incluir o número da pergunta.

Pergunta n° \_\_\_\_\_ Página n° \_\_\_\_\_

Pergunta n° \_\_\_\_\_ Página n° \_\_\_\_\_

Pergunta n° \_\_\_\_\_ Página n° \_\_\_\_\_

Pergunta n° \_\_\_\_\_ Página n° \_\_\_\_\_

Pergunta n° \_\_\_\_\_ Página n° \_\_\_\_\_

Pergunta n° \_\_\_\_\_ Página n° \_\_\_\_\_

## DIREITOS E RESPONSABILIDADES

De Requerentes/Beneficiários do Programa RI Works (RIW), Programa de Assistência Nutricional Complementar (SNAP), Medicaid e Seguro de Saúde Particular com Ajuda Financeira, Assistência ao Cuidado Infantil, Assistência ao Público Geral (GPA), Programa de Pagamento Complementar Estadual SSI RI (SSP)

### DIREITOS

**Você tem o DIREITO** de solicitar e, se considerado elegível, receber benefícios financeiros ou do Medicaid ou do Programa de Assistência Nutricional Complementar com base nas políticas e normas estabelecidas sob leis e regulamentos estaduais e federais.

**Você tem o DIREITO** de apelar e receber uma audiência administrativa se discordar das ações da agência ou se houver atrasos no processo da sua solicitação. As audiências são de responsabilidade do Gabinete Executivo de Saúde e Gabinete de Audiências de Serviços Humanos, que foi concebido para servir como entidade de apelo para todos os programas de serviços humanos e de saúde financiados pelo estado incluídos nesta solicitação. Se você solicitar um apelo, sua audiência deve ocorrer prontamente. Você pode ser representado por um advogado ou qualquer outra pessoa que você selecione para comparecer em seu nome. Para alguns programas, seus benefícios ou serviços podem ser continuados até que seja tomada uma decisão na audiência se você apelar até certos prazos. Veja a tabela abaixo para detalhes.

Programa	Você precisa apresentar um apelo em:	Os benefícios continuarão se o apelo for feito dentro de 10 dias do aviso?
Medicaid/Seguro de Saúde Particular com Ajuda Financeira	35 dias após a data do aviso	Sim
SNAP	90 dias da data do aviso pelo correio	Sim
CCAP	30 dias da data do aviso pelo correio	Os benefícios podem ser reduzidos até que seja tomada uma decisão na audiência.
GPA	10 dias da data do aviso pelo correio	Sim, mas o pedido deve ser feito por escrito
Todos os outros programas	30 dias da data do aviso pelo correio	Sim

**Você tem DIREITO** a tratamento não discriminatório. De acordo com a legislação federal dos direitos civis e as políticas e regulamentos dos direitos civis do Departamento de Agricultura dos EUA (USDA), o USDA, suas Agências, gabinetes e funcionários, e instituições que participam ou administram os programas do USDA estão proibidos de discriminar com base em raça, cor, nacionalidade, sexo, credo religioso, deficiência, idade, crenças políticas, ou represália ou retaliação por prévia atividade de direitos civis em qualquer programa ou atividade conduzida ou financiada pelo USDA. Pessoas com deficiências que requeriam 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. As pessoas que são surdas, têm deficiências auditivas ou têm deficiências 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 de 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](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), e em qualquer escritório do USDA, ou escreva uma carta endereçada ao USDA e forneça na carta 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 o USDA por: (1) correio: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; (2) fax: (202) 690-7442; ou (3) e-mail: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov). Esta instituição oferece igualdade de oportunidades.

De acordo com o Título VI da Lei de Direitos Civis de 1964 (42 U.S.C. 2000d et seq.), Seção 504 da Lei de Reabilitação de 1973, conforme emendado (29 U.S.C. 794), Lei de Americanos com Deficiências de 1990 (42 U.S.C. 12101 et seq.), e Título IX de Emendas da Educação de 1972 (20 U.S.C. 1681 et seq.), a Lei de Alimentos e Nutrição de 2008 (antiga Lei de Cupons de Alimentos), a Lei de Discriminação por Idade de 1975, o Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA, implementando regulamentos (45 C.F.R. Partes 80 e 84) e o Departamento de Educação dos EUA, implementando regulamentos (34 C.F.R. Partes 104 e 106), e o Departamento de Serviços de Agricultura, Alimentos e Nutrição dos EUA (7 C.F.R. 272.6); o EOHHS e o Departamento de Serviços Humanos (DHS), não discrimina com base em raça, cor, nacionalidade, deficiência, religião, crenças políticas, idade, religião ou sexo em aceitação para ou prestação de serviços, emprego ou tratamento, em sua educação ou outras atividades do programa. Sob outras provisões da lei aplicável, o EOHHS/DHS não discrimina com base em orientação sexual, identidade de gênero ou expressão. Para obter mais informações sobre estas leis de não discriminação, regulamentos e procedimentos para a resolução de queixas contra discriminação, entre em contato com o DHS em 206 Elmwood Avenue, Providence, RI 02907; telefone 415-8500 (para surdos/deficientes auditivos 1-800-745-6575 Voz; 1-800-745-5555 TTY ou 711). O Agente de Ligação das Relações Comunitárias é o coordenador para a implementação do Título VI, o Administrador do Gabinete de Serviços de Reabilitação (ORS) ou seu designado é o coordenador para a implementação do Título IX, Seção 504 e ADA. O Diretor do DHS ou seu designado tem responsabilidade em geral sobre a conformidade com os direitos civis de todos os programas das agências. O Secretário do EOHHS é responsável por problemas de discriminação relacionados ao Medicaid e tais queixas serão encaminhadas apropriadamente.

**Você tem DIREITO a sigilo.** De acordo com a legislação estadual, todos os programas administrados por agências incluídos como parte desta solicitação são vinculados por regulamentos e leis estaduais e federais para usar 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). As



restrições do HIPAA nos impede de discutir informações de saúde suas ou de qualquer membro do seu domicílio com qualquer pessoa, inclusive representantes não autorizados, a menos que o indivíduo tenha procuração ou que você tenha assinado um formulário de consentimento autorizando a divulgação destas informações. Isto inclui a divulgação de informações sobre a saúde mental, HIV, AIDS, resultados de testes de DST ou tratamento e serviços de dependência química.

Entendo que ao assinar esta solicitação, estou dando ao EOHHS e ao DHS meu consentimento para usar ou divulgar informações de saúde protegidas para fins de tratamento, pagamento e operações de cuidados de saúde, de acordo com os avisos de práticas particulares de agências aplicáveis. O EOHHS e o DHS não divulgam informações sobre você ou outros membros do seu domicílio sem o seu consentimento, exceto conforme previsto nos termos da Legislação Geral de Rhode Island 40-6-12, 40-6-12.1 e 42-7.2-5(13), regulamentos estabelecidos nas Regras Administrativas dos Códigos do Medicaid e do Código Administrativo do DHS. Qualquer pessoa considerada culpada de violar as cláusulas da Legislação Geral de Rhode Island 40-6-12 deverá ser declarada culpada de uma contravenção. Os violadores estão sujeitos a uma multa máxima de US\$200 (duzentos dólares) ou prisão por até 6 (seis) meses, ou ambos.

**Você tem o DIREITO** de apresentar uma solicitação conjunta para mais de um programa ou apresentar uma solicitação separada para os benefícios do SNAP ou Medicaid sem solicitar os benefícios de outros programas. Todas as solicitações do SNAP, independentemente de serem solicitações conjuntas ou solicitações separadas, precisam ser processadas para fins do SNAP e Medicaid de acordo com os requerimentos processuais, de pontualidade, de notificação e da audiência. Nenhum domicílio terá sua solicitação do SNAP ou Medicaid negada somente com base em que sua solicitação para participar em outro programa tenha sido negado ou seus benefícios sob outro programa tenham sido terminados sem uma determinação separada pela agência apropriada que o domicílio falhou em satisfazer um requerimento de elegibilidade ao SNAP ou Medicaid. Domicílios que apresentarem uma solicitação conjunta para o SNAP e outro programa e tiverem benefícios negados para o outro programa não deverão ser solicitados a reapresentar a solicitação conjunta ou a apresentar outra solicitação para o SNAP, mas devem ter sua elegibilidade ao SNAP determinada com base na solicitação conjunta de acordo com os prazos de processamento do SNAP a partir da data em que a solicitação conjunta tenha sido aceita pelo Departamento.

**Você tem o DIREITO** de solicitar serviços para cumprimento de assistência através do Gabinete de Serviços de Assistência à Criança. Para obter uma solicitação para estes serviços, vá a <http://www.cse.ri.gov/> ou visite o seu Gabinete de Serviços de Assistência à Criança local em 77 Dorrance St., Providence, RI 02903.

**Você tem o DIREITO** de nomear um representante autorizado. Um representante autorizado é uma pessoa designada pelo chefe do domicílio ou o cônjuge, ou qualquer outro membro responsável do domicílio, para agir em nome do domicílio para solicitar benefícios do programa ou usar os benefícios. O representante autorizado para benefícios pode ou não ser o mesmo indivíduo designado como um representante autorizado para o processo de solicitação ou para requerimentos de relatórios de reuniões. A designação do representante autorizado precisa ser feita por escrito.

**Se estiver solicitando cobertura de assistência médica economicamente acessível do Medicaid**, o EOHHS determina que o Departamento precisa:

- Fornecer a você 30 (trinta) dias para nos dar as informações de que precisamos para analisar a sua elegibilidade. Se você não nos der as informações ou pedir mais tempo, podemos negar, fechar ou modificar a sua cobertura de assistência médica.
- Avisá-lo, na maioria dos casos, no mínimo 10 (dez) dias antes de interrompermos a sua cobertura de assistência médica.
- Dar a você uma decisão por escrito, na maioria dos casos, dentro de 30 (trinta) dias. A cobertura de assistência médica e alguns casos de deficiência podem levar de 45 (quarenta e cinco) e 90 (noventa) dias.
- Continuar a cobertura do Medicaid de Rhode Island enquanto decidimos se você é elegível sob outro programa.

### **RESPONSABILIDADES**

**Você tem a RESPONSABILIDADE** de fornecer informações exatas sobre a sua renda, recursos e arranjos de moradia nesta solicitação.

**Você tem a RESPONSABILIDADE** de nos informar, dentro de 10 (dez) dias para a maioria dos programas e dentro de 30 (trinta) dias para seguro de saúde particular com ajuda financeira, quaisquer mudanças na sua renda, recursos, composição familiar, ou quaisquer outras mudanças que afetem o seu domicílio. Para Medicaid, os 10 (dez) dias começam 5 (cinco) dias após a data em que o pedido de informações foi enviado por e-mail (data de transmissão) ou correio americano (data do carimbo postal). Se você não nos der as informações ou pedir mais tempo, podemos recusar, terminar, suspender ou modificar a sua cobertura de assistência de saúde ou benefícios. Para RIW Cash e CCAP, você deve nos informar dentro de 5 (cinco) dias quando uma criança deixar o seu domicílio por qualquer motivo. Para SNAP, se você é um relator simplificado, você deve relatar mudanças na renda que tragam a renda bruta mensal do domicílio acima do valor permitido para o tamanho do seu domicílio. Se você estiver inseguro sobre requisitos de informação, entre em contato com o DHS para obter assistência.

**Você tem a RESPONSABILIDADE**, se estiver solicitando CCAP, de encontrar um prestador de cuidados infantis adequado para a(s) sua(s) criança(s) e fazer os arranjos apropriados para que a(s) sua(s) criança(s) frequente(m) tal prestador. O Departamento de Serviços Humanos pagará apenas por aquelas horas em que você estiver no trabalho ou envolvido em uma atividade de treinamento/educação aprovada pelo DHS, e o custo de qualquer assistência infantil além daquelas horas é de sua inteira responsabilidade. Se considerado elegível, você pode ser responsável por uma parte do custo da assistência infantil (co-pagamento) e será responsável por fazer tal pagamento diretamente ao seu prestador de cuidados infantis. Caso não seja considerado elegível, você tem 30 (trinta) dias da notificação por escrito para solicitar, por escrito, uma para apelar da sua inelegibilidade. Se a decisão na audiência não for a seu favor, o DHS não será responsável por nenhum custo de assistência infantil no qual você possa ter incorrido com o seu prestador de cuidados infantis. Ao assinar este formulário, você está autorizando o Departamento de Serviços Humanos a informar ao(s) prestador(es) de cuidados infantis após você ter sido notificado se a sua assistência infantil foi aprovada, descontinuada ou recusada.

**Você tem a RESPONSABILIDADE de fornecer os números de Social Security (ou comprovante de que você o solicitou) para você e**

seu domicílio, ou solicitá-los, caso lhe seja requerido, como condição de elegibilidade. A coleta de informações na solicitação, assim como os números de Social Security de todos os membros do seu domicílio para quem você recebe assistência, está autorizada sob a Lei de Alimentos e Nutrição de 2008 (antiga Lei de Cupons de Alimentos), conforme emendado, 7 U.S.C. 2011-2036 e sob a Lei Federal (45 CFR 155.305 e 42 CFR 435.910). Estas informações serão usadas para determinar se o seu domicílio é elegível ou continua a ser elegível a participar no SNAP, Medicaid, RIW, GPA, CCAP, seguro de saúde particular com ajuda financeira. O Departamento verificará estas informações através de comparação informática com o Departamento de Trabalho e Treinamento, a Administração da Previdência Social, o Departamento da Receita Federal, o Serviço de Alimentos e Nutrição, e outras entidades governamentais e não governamentais autorizadas por lei, regulamentos ou contrato, e elas estarão sujeitas à verificação pelos funcionários locais, estaduais e federais. As informações sobre renda e elegibilidade obtidas destes órgãos serão usadas para assegurar que o seu domicílio é elegível e está recebendo o valor correto de benefícios do SNAP, GPA, Assistência Infantil, RIW, Medicaid e seguro de saúde particular com ajuda financeira. Estas informações também serão usadas para monitorar conformidade com os regulamentos dos programas, para a gestão dos programas, assim como para evitar fraude e verificar reivindicações de assistência médica.

Estas informações podem ser divulgadas a outros órgãos estaduais e federais para revisão oficial e para agentes de cumprimento da lei com o objetivo de apreender pessoas escapando para evitar a lei. Se uma reivindicação surgir contra o seu domicílio, as informações nesta solicitação, incluindo todos os SSNs, podem ser referidas a órgãos estaduais e federais, assim como agências particulares de cobrança para ações de cobrança. Fornecer as informações solicitadas é voluntário. No entanto, a falha em fornecer um SSN resultará na recusa de benefícios a qualquer indivíduo solicitando benefícios. Quaisquer SSNs fornecidos serão usados e divulgados da mesma maneira que os SSNs de membros de domicílios elegíveis.

**Você tem a RESPONSABILIDADE** de relatar e fornecer provas das suas despesas demonstradas nas perguntas 38 a 42 a fim de obter o valor máximo permitido dos benefícios do SNAP. Não relatar ou fornecer comprovação de suas despesas será considerado como a sua declaração de que você não quer receber uma dedução da despesa não relatada ou não comprovada.

**Você tem a RESPONSABILIDADE** de cooperar totalmente com funcionários estaduais e federais conduzindo análises de controle de qualidade.

Somente cidadãos americanos e certos imigrantes legais podem ser elegíveis a benefícios do SNAP. Caso haja não cidadãos morando com você que não sejam elegíveis, você ainda pode aplicar e receber benefícios para outros membros elegíveis do domicílio. Não é requerido que você forneça informações de imigração sobre pessoas que não estejam solicitando benefícios, mas pode ser necessário fornecer outras informações sobre aquelas pessoas, tais como rendas e recursos.

**Você tem a RESPONSABILIDADE** de cooperar com o Gabinete de Serviços de Assistência à Criança se você recebe RI Works, Assistência ao Cuidado Infantil ou Medicaid. Você deve ajudar a estabelecer, modificar ou fazer cumprir assistência à criança para a(s) criança(s) sob os seus cuidados e estabelecer paternidade (se necessário). Se puder demonstrar que você tem um bom motivo para acreditar que cooperar com o Gabinete de Serviços de Assistência à Criança coloca você, seus filhos ou as crianças sob seus cuidados em risco de perigo por parte do pai ou mãe sem custódia, você pode reivindicar motivo fundamentado para não cooperar.

**Você tem a RESPONSABILIDADE** de solicitar e fazer esforços razoáveis para obter potencial renda de outras fontes quando você solicita ou recebe cobertura do Medicaid em RI.

### **Informações sobre Seguro de Saúde Particular com Ajuda Financeira**

Se você tiver dúvidas sobre os termos do seu plano de seguro de saúde, inclusive a que benefícios você é elegível, despesas desembolsadas sob o seu plano e fazer uma reivindicação de benefícios ou apelar uma recusa de benefícios, você deve entrar em contato com a sua operadora de seguro de saúde. Se você é elegível para COBRA após o término de qualquer cobertura de seguro de saúde, é responsabilidade do seu antigo empregador ou emitente administrar COBRA e lhe fornecer os necessários avisos e períodos de opção do COBRA. Não cancele nenhuma cobertura de seguro atual ou recuse benefícios do COBRA até que você receba uma carta de aprovação e a apólice do seguro, também conhecida como contrato ou certificado de seguro, da operadora de seguro que você selecionar. Certifique-se de que você entende e concorda com os termos da apólice, preste especial atenção à data de vigência, períodos de carência, valor do prêmio, benefícios, limites, exclusões e aditamentos.

Se você se inscrever em um seguro de saúde particular através do HealthSource RI e não fornecer informações suficientes para que HealthSource RI verifique sua elegibilidade para comprar um plano ou receber um plano de custo reduzido, ou se quaisquer informações que você forneça não possam ser verificadas, você terá 90 (noventa) dias para fornecer mais informações a fim de satisfazer os requerimentos de elegibilidade a HealthSource RI. Durante este período, você deve trabalhar com os funcionários do HealthSource RI para tentar fornecer quaisquer informações que estejam faltando ou resolver quaisquer inconsistências, de maneira que você possa obter cobertura o mais rápido possível, ou, se você receber elegibilidade condicional, você pode evitar uma interrupção na cobertura. Se você se inscrever em seguro de saúde privado através do HealthSource RI e você tiver uma modificação na renda, você precisa notificar o HealthSource RI dentro de 30 (trinta) dias de tal modificação. Uma modificação na renda poderia alterar os créditos fiscais ou reduções de compartilhamento de custo para os quais você é elegível para ajudá-lo a pagar por seguro. Baseamos o seu crédito fiscal sobre a renda que você coloca nesta solicitação. Se a sua renda aumentar, você qualificará para menos crédito fiscal sobre a sua cobertura médica. Se você não nos informar sobre a sua modificação de renda, continuaremos a oferecer o mesmo desconto a cada mês, mas você pode ter que pagar o dinheiro de volta na época da declaração fiscal. As taxas do prêmio estão sujeitas à mudança com base nas práticas de subscrição da operadora de seguro de saúde e a sua seleção de benefícios opcionais disponíveis, se existirem. As taxas finais são sempre determinadas pela operadora do seguro de saúde. As taxas de prêmio SOMENTE para a sua data de vigência solicitada. Se a real data de vigência da sua apólice for diferente da sua data de vigência solicitada, o custo real da sua apólice pode ser diferente das taxas listadas em healthsourceri.com, devido a aumentos das taxas ou alterações na apólice a

partir da companhia de seguro e/ou um ou mais membros da família fazendo aniversário. (Taxas dependem altamente de idade.) A operadora que você selecionou não pode garantir suas taxas por nenhum período de tempo até que um contrato seja assinado.

**Restrições do RIW sobre o uso de Benefícios do EBT Cash e Penalidades:** De acordo com a Seção 4004 da Lei Pública 112-96, é proibido para um beneficiário do TANF usar seus benefícios de assistência TANF cash recebidos sob RI Works, Legislação Geral de Rhode Island 40-5.2 et seq., em qualquer transação de transferência de benefício eletrônico (EBT) em:

- qualquer loja de bebidas alcoólicas; ou
- qualquer cassino, cassino de apostas, ou estabelecimento de jogos; ou
- qualquer estabelecimento de varejo que ofereça entretenimento orientado para adultos no qual os artistas se dispam ou atuem despidos para entretenimento.

Qualquer pessoa recebendo assistência em dinheiro através do Programa RI Works que use um cartão EBT em violação aos padrões acima estará sujeita às seguintes penalidades:

- Para a primeira violação, será enviado ao domicílio uma advertência de que ocorreu uma transação proibida
- Para a segunda violação, será cobrada do domicílio uma penalidade no valor da transação EBT que ocorreu no local proibido;
- Para a terceira e todas as subsequentes violações, será cobrada do domicílio uma penalidade no valor da transação EBT que ocorreu no local proibido E para o mês seguinte ao mês da infração, o valor da assistência em dinheiro ao qual de outra maneira uma família beneficiária elegível tem o direito de receber será reduzido pela porção do benefício da família atribuído a qualquer pai ou mãe que tenha utilizado o cartão EBT em um local restrito. Para uma família de 2 (duas) pessoas, a redução do benefício devido à não conformidade quanto ao uso do EBT em um local restrito será calculada utilizando uma família de 3 (três) pessoas, no qual a porção do(a) pai ou mãe equivale a \$105 (cento e cinco dólares).

#### **Disposições para substituição do Cartão EBT do RIW/SNAP:**

Os portadores de cartão que solicitarem 4 (quatro) ou mais substituições de cartões EBT dentro de um período de 12 (doze) meses podem ser referidos à Unidade de Fraude para investigação de mau uso ou abuso do cartão EBT. Violações documentadas podem resultar em uma ou mais das seguintes ações:

- Desqualificação do programa;
- Recuperação através de ressarcimento/restituição; e/ou
- Encaminhamento para ação penal

Em todos os casos, a agência agirá para proteger domicílios contendo desabrigados, idosos ou membros deficientes, vítimas de crimes e outras pessoas vulneráveis que podem perder cartões EBT, mas não estão cometendo fraude.

### **PROGRAMA RI WORKS, MEDICAID, ASSISTÊNCIA INFANTIL E ASSISTÊNCIA AO PÚBLICO GERAL DIREITOS DE RETENÇÃO E CESSÕES**

Entendo que, de acordo com a Lei Geral de Rhode Island, Seções 40-6-9, 40-6-10 ou 40-8-15, sem a necessidade de assinar qualquer documento:

#### **a.) Referente à assistência infantil e estabelecimento de paternidade**

Cedi todos e quaisquer direitos que eu possa ter e, por e em meu nome, e por e em nome do(s) meu(s) filho(s), ao Departamento de Serviços Humanos (DHS) e/ou Gabinete Executivo de Serviços Humanos e de Saúde (EOHHS), contra qualquer pessoa que falhe em prover suporte, manutenção e assistência médica para mim e meu(s) filho(s) menor(es), ou crianças para quem a assistência é paga pelo DHS/EOHHS. O DHS/EOHHS está a executar a instituição de processo para estabelecer paternidade e/ou para coletar assistência para mim ou meu filho ou filhos que recebem ou receberam assistência do DHS/EOHHS. Se você parar de receber dinheiro ou Medicaid, você deve informar ao Gabinete de Serviços de Assistência à Criança sobre quaisquer alterações que afetem a assistência à criança/médica, tais como se a sua criança tenha se mudado ou o seu endereço tenha mudado.

#### **b.) Referente a quantias recuperáveis de uma terceira parte**

Cedi todos e quaisquer direitos ao DHS/EOHHS, por e em meu nome e de qualquer pessoa por quem eu possa agir legalmente, por quantias recuperáveis de uma terceira parte iguais à quantia de assistência financeira e Medicaid fornecida como um resultado de acidente, lesão ou doença.

#### **c.) Referente a quantias recuperáveis de acidentes de trabalho**

O Departamento de Serviços Humanos e/ou o Gabinete Executivo de Serviços Humanos e de Saúde podem colocar um direito de retenção sobre qualquer indenização, ordem ou acordo pendente, a que posso ter direito sob as provisões da Lei de Compensação dos Trabalhadores de Rhode Island, Capítulos 28-29 a 28-38 da Legislação Geral de Rhode Island. O objetivo deste direito de retenção é assegurar reembolso ao Departamento por ajuda financeira e pagamentos de Medicaid feitos a mim ou em meu nome por um período de tempo pelo qual minha indenização, ordem ou acordo referente a acidente de trabalho seja feito.

#### **d.) Referente a direito de retenção sobre espólio de beneficiário falecido para reembolso de Medicaid**

O DHS/EOHHS pode colocar um direito de retenção sobre o espólio de um beneficiário do Medicaid que tivesse 55 (cinquenta e cinco) anos de idade ou mais na época do falecimento. **Para os fins desta seção, o termo “espólio” com respeito a um indivíduo falecido incluirá toda a propriedade real e pessoal e outros bens incluídos ou passíveis de serem incluídos dentro do espólio em inventário do indivíduo.**

R.I.G.L. 40-8-15 provê que a soma total do Medicaid paga em nome de um beneficiário do Medicaid que tivesse 55 (cinquenta e cinco) anos de idade ou mais na época do recebimento de tal assistência será uma dívida ao estado e constituirá um direito de retenção sobre o espólio do beneficiário em favor do DHS. No entanto, o direito de retenção não será efetivo e não se aplicará ao espólio de um beneficiário que deixe cônjuge ou filhos com menos de 21 (vinte e um) anos de idade, ou que sejam cegos ou permanentemente e totalmente deficiente, conforme definido no Título XVI (SSI) da Lei de Previdência Social. Terras tribais e certas propriedades pertencentes a índios americanos e nativos do

Alasca podem estar isentas de ressarcimento.

Entendo que como uma condição para receber benefícios de RIW, todas as pessoas de quem eu esteja solicitando RIW, salvo se isento por lei, são obrigadas a atender aos requisitos do Programa RIW.

Entendo que esta solicitação servirá como uma autorização ao Departamento de Serviços Humanos para obter de provedores médicos informações que sejam pertinentes a mim ou a quaisquer pessoas incluídas nesta solicitação pelo tempo em que o caso permaneça aberto.

Entendo e concordo que o escritório do DHS pode entrar em contato com outras pessoas ou organizações para obter a necessária comprovação da minha elegibilidade e nível de benefícios.

## **ADVERTÊNCIAS DE PENALIDADE DO SNAP**

**Entendo que:**

**Qualquer membro do meu domicílio que intencionalmente quebrar uma regra do SNAP será barrado do SNAP de um ano a permanentemente, multado até US\$250.000, preso por até 20 anos ou ambos. Ele(a) também pode estar sujeito(a) a processo sob outras leis estaduais e federais aplicáveis. Ele(a) também pode ser barrado(a) do SNAP por 18 meses adicionais se ordenado pelo tribunal.. Qualquer membro do meu domicílio que intencionalmente quebre uma regra do SNAP pode ser barrado do Programa de Assistência Nutricional Suplementar:**

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

**1. Indivíduos que um tribunal local, estadual ou federal julgue tenham usado ou recebido benefícios do SNAP em uma transação envolvendo a venda de armas de fogo, munição ou explosivos, serão permanentemente inelegíveis ao Programa de Assistência Nutricional Suplementar na primeira ocasião de tal violação.**

**2. Indivíduos que tenham feito uma declaração ou representação fraudulenta com respeito à identidade ou local de residência do indivíduo a fim de receber múltiplos benefícios do SNAP simultaneamente serão inelegíveis a participar no Programa de Assistência Nutricional Suplementar por um período de 10 (dez) anos.**

**3. Indivíduos considerados culpados por um tribunal local, estadual ou federal por usar ou receber benefícios em uma transação envolvendo a venda de uma substância controlada (conforme definido na seção 102 da Lei de Substâncias Controladas (21 U.S.C. 802)) não serão elegíveis a benefícios por dois anos para a primeira ofensa e permanentemente para a segunda ofensa.**

**4. Indivíduos considerados culpados por um tribunal por comprar ou vender drogas ilegais ou certas drogas vendidas sob receita em troca de benefícios do SNAP serão proibidos de participar no SNAP por 24 meses para a primeira ofensa e permanentemente para a segunda ofensa.**

**5. Um indivíduo condenado por um tribunal local, estadual ou federal por ter traficado benefícios por um valor agregado de US\$500 ou mais será permanentemente inelegível a receber benefícios do SNAP na primeira ocasião de tal violação.**

*Traficar*, conforme definido no 7 CFR 271.2, significa:

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

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

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

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

O DHS pode usar ou compartilhar as informações nesta solicitação para a administração de programas do DHS, assim como a administração de outros programas de assistência financiados federalmente, de acordo com a regulamentação, contrato e leis estaduais e federais.

O DHS pode divulgar informações não identificadoras para fins de pesquisa. Qualquer divulgação de informações identificadoras será feita de

acordo com a lei estadual e federal.

Entendo as perguntas nesta solicitação e a penalidade por omitir ou dar falsas informações ou quebrar qualquer uma das regras listadas nestas advertências de penalidade. Certifico, sob pena de perjúrio, que as minhas respostas estão corretas, inclusive informações sobre status de cidadania e registro de estrangeiro, e completas, salvo melhor crença e juízo. Sei que, sob a Legislação Geral do Estado de Rhode Island, Seção 40-6-15, uma multa máxima de US\$1.000, ou prisão por até 5 (cinco) anos, ou ambas, podem ser impostas para uma pessoa que obtenha ou tente obter, ou ajude ou seja cúmplice de qualquer pessoa para obter assistência pública à qual ele(a) não tenha direito, ou que intencionalmente não reporte renda, recursos ou circunstâncias pessoais ou aumentos que excedam a quantia anteriormente reportada. Atesto quanto à identidade das crianças menores identificadas neste documento e que todas as informações contidas nesta solicitação são verdadeiras. Entendo que estou quebrando a lei se der informações erradas e posso ser punido sob a lei estadual, federal ou ambas.

Assinatura do requerente ou beneficiário	Data	Assinatura do representante autorizado	Data
Assinatura do cônjuge ou outro pai ou mãe da(s) criança(s)	Data	Assinatura da pessoa ajudando-o a preencher este formulário	Data
Assinatura do guardião, progenitor com a guarda ou detentor de procuração	Data	Assinatura do representante da agência	Data





## Informações aos Requerentes Registo eleitoral em Rhode Island

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

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

### Registo eleitoral

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



# RHODE ISLAND FORMULÁRIO PARA REGISTRO DE ELEITORES

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

## VOCÊ PODE USAR ESTE FORMULÁRIO PARA:

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

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

- Ser um residente legal de Rhode Island.
- Ser cidadão americano.
- Ter, no mínimo, 16 anos de idade.  
(Você precisa ter, no mínimo 18 anos de idade para votar no dia das eleições)

### INSTRUÇÕES

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

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

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

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

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

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

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

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

(Este formulário pode ser reproduzido)

<b>1. Marque as caixas que se aplicam:</b> <input type="checkbox"/> Registro de novo eleitor <input type="checkbox"/> Mudança de endereço <input type="checkbox"/> Troca de partido <input type="checkbox"/> Mudança de nome					
<b>2.</b> Sou cidadão americano e residente em Rhode Island. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Tenho, no mínimo, 16 anos de idade. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Você precisa ter, no mínimo, 18 anos de idade para votar.)  <b>Se você marcou NÃO em algumas destas afirmações, não preencha este formulário.</b>		<b>3.</b> Número da carteira de motorista ou ID de RI: <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>  Caso não tenha uma carteira de motorista ou ID de RI, informe os 4 últimos dígitos do seu social security number: <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> <b>Se não informar nenhum destes números, veja as instruções para Caixa 3.</b>			
<b>4.</b> Sobrenome <input style="width: 150px;" type="text"/> Sufixo (se houver) <input style="width: 50px;" type="text"/>		Nome <input style="width: 150px;" type="text"/>		Nome do meio (ou inicial) <input style="width: 100px;" type="text"/>	
<b>5.</b> Endereço residencial (não informe caixa postal) <input style="width: 150px;" type="text"/>		Apt <input style="width: 50px;" type="text"/>		Cidade/Município <input style="width: 150px;" type="text"/>	
				Estado <input style="width: 50px;" type="text"/> ZIP Code <input style="width: 50px;" type="text"/>	
				Estado <input style="width: 50px;" type="text"/> ZIP Code <input style="width: 50px;" type="text"/>	
<b>6.</b> Endereço para correspondência (se diferente da Caixa 5) <input style="width: 150px;" type="text"/>		Apt <input style="width: 50px;" type="text"/>		Cidade/Município <input style="width: 150px;" type="text"/>	
				Estado <input style="width: 50px;" type="text"/> ZIP Code <input style="width: 50px;" type="text"/>	
<b>7.</b> Data de nascimento (mm/dd/aaaa) <input style="width: 50px;" type="text"/>		<b>8.</b> Número de telefone / endereço de e-mail (opcional) <input style="width: 150px;" type="text"/>		<b>9.</b> Filiação partidária: <input type="checkbox"/> Democrata <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Republicano <input type="checkbox"/> Não filiado <input type="checkbox"/> Outro <input style="width: 50px;" type="text"/>	
Mês <input style="width: 30px;" type="text"/> Dia <input style="width: 30px;" type="text"/> Ano <input style="width: 30px;" type="text"/>					
<b>10. Presto juramento ou afirmo que:</b> - Não estou encarcerado em um instituto correcional por condenação por crime doloso. - Não sou presentemente considerado "mentalmente incompetente" para votar por um tribunal. - As informações que forneci são verdadeiras salvo melhor juízo, sob pena de perjúrio. Se tiver fornecido falsas informações, posso ser multado, encarcerado, ou (caso não seja cidadão americano) deportado ou banido de entrar nos Estados Unidos.				<i>Uso oficial para código de barras</i>	
<b>ASSINE O NOME COMPLETO OU MARQUE ABAIXO</b>					
<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>				Data da assinatura: (mm/dd/aaaa) <input style="width: 100px;" type="text"/>	
				<b>Você está interessado em trabalhar nas apurações?</b> <input type="checkbox"/>	
<b>Aviso: se você assinar este formulário sabendo que ele é falso, você pode ser condenado e multado em até \$5.000 ou preso por até 10 anos.</b>					
<b>11. NOME ANTERIOR</b> (se diferente da Caixa 4) <input style="width: 150px;" type="text"/>			<b>12. ENDEREÇO ANTERIOR DE REGISTRO</b> (Cidade/Município, Estado, ZIP e Condado) <input style="width: 150px;" type="text"/>		



Endereço de retorno

---

---

---



Postagem necessária Os correios não entregarão sem a devida postagem.

Enviar para: **BOARD OF CANVASSERS**

---

---

---

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

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

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

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

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

**CONSELHOS DE CABOS ELEITORAIS LOCAIS**

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

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