

DATA: \_\_\_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nº DO CASO: \_\_\_\_\_

**DEPARTAMENTO DE SERVIÇOS HUMANOS (DHS)  
FORMULÁRIO DE RECERTIFICAÇÃO DO SNAP**

Os seus benefícios do Programa de Assistência Nutricional Complementar (SNAP) terminarão a menos que você se recertifique.

**VOCÊ DEVE:**

- RESPONDER A TODAS AS PERGUNTAS NESTE FORMULÁRIO (USE PAPEL EXTRA SE NECESSÁRIO)
- ASSINAR E DATAR ESTE FORMULÁRIO.
- ANEXAR TODOS OS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS.
- RETORNAR ESTE FORMULÁRIO AO ESCRITÓRIO DO DHS.
- REALIZAR UMA ENTREVISTA.

O seu formulário de recertificação pode ser enviado e retornado pessoalmente, por correio ou por fax para um dos seguintes números com base na localização do seu escritório:

Fax de Providence: (401) 415-8557

Fax de Woonsocket: (401) 235-6237

Fax de Pawtucket: (401) 721-6659

Fax de South County: (401) 782-4316

Fax de Newport: (401) 851-2105

Fax de Warwick: (401) 736-1442 ou (401) 736-1443

A fim de processar a sua recertificação, você deve realizar uma entrevista. Um funcionário do DHS entrará em contato com você ou enviará uma carta em separado com a data e o horário da sua entrevista quando o seu formulário de recertificação for recebido. Se você não receber um telefonema ou uma carta com o horário da sua entrevista dentro de 10 dias da apresentação do seu formulário de recertificação ao DHS, entre em contato com o seu escritório do DHS local. Se você perder o horário da sua entrevista, é sua responsabilidade marcar novamente o horário e fornecer as informações de verificação necessárias. As suas entrevistas podem ser realizadas por telefone ou pessoalmente no escritório do DHS.

Informe um número de telefone onde você possa ser encontrado: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

IDIOMA:

IDIOMA PRINCIPAL

ALTERAÇÕES no idioma principal

Você precisa de um intérprete? SIM\_\_\_NÃO\_\_\_

Se necessário, os serviços de intérprete são fornecidos gratuitamente.

Você consegue ler e escrever em inglês? SIM\_\_\_NÃO\_\_\_

Se você não fala inglês, algum adulto do domicílio fala inglês? SIM\_\_\_NÃO\_\_\_

\*\*\*\*\*

ENDEREÇO:

ENDEREÇO RESIDENCIAL:

ENDEREÇO P/CORRESPONDÊNCIA (SE DIFERENTE):

_____	_____
_____	_____
_____	_____

\*ANEXAR\* Comprovante de residência. Consulte os DOCUMENTOS QUE VOCÊ PODE PRECISAR PARA A APROVAÇÃO DO BENEFÍCIO.

\*\*\*\*\*

QUEM MORA NA SUA CASA?

NOME DA PESSOA	Grau de relacionamento com você	Solicitando SNAP?	Data de saída se a pessoa deixou a casa
_____	_____	SIM___NÃO___	___/___/___
_____	_____	SIM___NÃO___	___/___/___
_____	_____	SIM___NÃO___	___/___/___

INDIQUE quaisquer NOVOS MEMBROS do domicílio

NOME DA NOVA PESSOA	SEXO	Data de nascimento	Grau de relacionamento com você
_____	M___F___	___/___/___	_____
_____	M___F___	___/___/___	_____

MM DD AAAA

Para cada NOVO MEMBRO do domicílio solicitando benefícios, responda o seguinte:

NOME DA NOVA PESSOA	Nº do Social Security	Esta pessoa tem cidadania americana?
_____	___-___-___	SIM___NÃO___
_____	___-___-___	SIM___NÃO___

\*ANEXAR\* Comprovante de identidade. Consulte os DOCUMENTOS QUE VOCÊ PODE PRECISAR PARA A APROVAÇÃO DO BENEFÍCIO.

\*\*\*\*\*

**OUTRAS INFORMAÇÕES SOBRE MEMBROS DO SEU DOMICÍLIO:**

Você, seu cônjuge ou alguém no seu domicílio mora em algum dos lugares listados abaixo?      SIM \_\_\_ NÃO \_\_\_

- |  |   |
|--|---|
| Centro aprovado de reabilitação de drogas/álcool | Lar para deficientes idosos               |
| Lar para cegos/deficientes                       | Abrigo para mulheres vítimas de violência |
| Residências geriátricas com serviços prestados   | Abrigo para sem-teto                      |
| Instalação de cuidados a longo prazo             | Casa abrigo                               |

Se sim, preencha as seguintes informações:

NOME DA INSTALAÇÃO DA MORADIA EM GRUPO	NOME DA PESSOA
_____	_____

Além de você e seu cônjuge, há outros pais com filhos com menos de 22 anos morando com você?      SIM \_\_\_ NÃO \_\_\_

Se sim, preencha as seguintes questões:

NOME DO(A) PAI/MÃE	NOME DO(A) FILHO(A)
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Para qualquer pessoa em seu domicílio que tenha 16 (dezesesseis) anos ou mais, escreva abaixo as informações sobre escola ou treinamento profissional:

NOME DA PESSOA	Escola/ Programa de treinamento	Integral ou meio período?	Data da conclusão
_____	_____	_____	___/___/___
_____	_____	_____	___/___/___
			MM DD AAAA

Alguém na sua casa não compra e prepara refeições com você?

Se SIM, escreva as informações abaixo:

NOME DA PESSOA

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Alguém no seu domicílio está fisicamente ou mentalmente doente, incapacitado, deficiente ou cego?

Se SIM, escreva as informações abaixo:

NOME DA PESSOA	PROBLEMA MÉDICO
_____	_____
_____	_____

\*\*\*\*\*

DESEMPREGO:

Alguém no seu domicílio está desempregado ou trabalhando apenas por meio expediente?

Se SIM, escreva as informações abaixo:

NOME DA PESSOA \_\_\_\_\_ Desempregada? \_\_\_\_\_ Trabalhando meio expediente? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ SIM \_\_\_ NÃO \_\_\_ SIM \_\_\_ NÃO \_\_\_

Esta pessoa recusou uma oferta de trabalho ou programa de treinamento nos últimos 30 dias? \_\_\_\_\_ SIM \_\_\_ NÃO \_\_\_

Datas em que recebeu seguro-desemprego nos últimos 12 meses:

DE: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ A: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Liste abaixo as horas e semanas trabalhadas nos últimos 30 dias:

Semana	Data	Nº de dias trabalhados	Nome do empregador	Datas do emprego	Valor recebido
SEMANA 1	___/___/___	_____	_____	___/___/___ A: ___/___/___	_____
SEMANA 2	___/___/___	_____	_____	___/___/___ A: ___/___/___	_____
SEMANA 3	___/___/___	_____	_____	___/___/___ A: ___/___/___	_____
SEMANA 4	___/___/___	_____	_____	___/___/___ A: ___/___/___	_____
SEMANA 5	___/___/___	_____	_____	___/___/___ A: ___/___/___	_____

\*\*\*\*\*

RENDA DE EMPREGO:

Alguém no seu domicílio, incluindo crianças, recebem renda de um emprego? SIM \_\_\_ NÃO \_\_\_

Se SIM, escreva as informações abaixo:

PESSOA COM RENDA \_\_\_\_\_ NOME DO EMPREGADOR \_\_\_\_\_

Preencha as seguintes informações a partir dos holerites das últimas 4 (QUATRO) semanas:

DATA DE PAGAMENTO MM / DD / AAAA	HORAS	SALÁRIOS BRUTOS ANTES DOS IMPOSTOS	GORJETAS/ COMISSÃO	OUTRO
1. ___/___/___	_____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
2. ___/___/___	_____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
3. ___/___/___	_____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
4. ___/___/___	_____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

\*ANEXAR\* Comprovante de renda proveniente de trabalho. Consulte os DOCUMENTOS QUE VOCÊ PODE PRECISAR PARA A APROVAÇÃO DO BENEFÍCIO.

\*\*\*\*\*

RENDA DE NEGÓCIOS:

Alguém no seu domicílio recebe atualmente renda de um negócio que possui (trabalho autônomo)?

SIM \_\_\_ NÃO \_\_\_

Se SIM, escreva as informações abaixo:

PESSOA COM RENDA DE NEGÓCIOS                      NOME OU TIPO DO NEGÓCIO

\_\_\_\_\_

Qual é a renda bruta (antes das despesas) recebida a cada mês? \$ \_\_\_\_\_/mês

\*ANEXAR\* Comprovante de renda bruta proveniente de trabalho do último mês e despesas relacionadas, se houver alguma. Despesas admissíveis podem incluir mão de obra, material, suprimentos, impostos, aluguel (se não for negócio em casa), despesas de viagens, juros sobre empréstimos para a compra de equipamento/outra propriedade.

\*\*\*\*\*

OUTRA RENDA:

Você ou alguém no seu domicílio recebe QUALQUER OUTRA renda de:

a) ASSISTÊNCIA INFANTIL, que é prestada a outras crianças?                      SIM \_\_\_ NÃO \_\_\_

Se SIM, qual é o total de crianças assistidas? \_\_\_\_\_

b) PROPRIEDADE DE ALUGUEL que seja de propriedade ou gerida?                      SIM \_\_\_ NÃO \_\_\_

Se SIM, quantas unidades na propriedade? \_\_\_\_\_

Você mora em uma das unidades?                      SIM \_\_\_ NÃO \_\_\_

c) ALUGUEL DE UM QUARTO em sua casa a alguém?                      SIM \_\_\_ NÃO \_\_\_

Se SIM, você fornece refeições com o quarto?                      SIM \_\_\_ NÃO \_\_\_

Se você disse 'Sim' a qualquer um destes tipos de renda, preencha as seguintes informações:

PESSOA COM RENDA	Tipo de renda	Renda bruta Valor/Freqüência*
_____	_____	\$ _____ POR _____
_____	_____	\$ _____ POR _____
_____	_____	\$ _____ POR _____

\*FREQUÊNCIA: Semanal, quinzenal, mensal, bimensal, trimestral, etc.

\*ANEXAR\* Comprovante de renda bruta proveniente de trabalho do último mês e despesas relacionadas, se houver alguma. Despesas admissíveis são aquelas que são essenciais para produzir ou prestar os serviços.

Você ou alguém no seu domicílio, incluindo crianças, recebe QUALQUER OUTRA renda que NÃO SEJA de um emprego ou trabalho autônomo? SIM\_\_\_ NÃO\_\_\_

(Exemplos: pensão para filhos, benefícios do SSI/RSDI, indenização por acidente de trabalho, TDI, seguro desemprego, pensões, pensão alimentícia, juros/dividendos, subsídio por adoção, benefícios de veteranos, proventos de militares/dependentes, etc.)

Se SIM, preencha as seguintes informações:

PESSOA COM RENDA NÃO PROVENIENTE DE TRABALHO	Tipo de renda	Valor/Frequência*
_____	_____	\$ _____ POR _____
_____	_____	\$ _____ POR _____
_____	_____	\$ _____ POR _____

\* FREQUÊNCIA: Semanal, quinzenal, mensal, bimensal, trimestral, etc.

\*ANEXAR\* Comprovante de renda não proveniente de trabalho. Consulte os DOCUMENTOS QUE VOCÊ PODE PRECISAR PARA A APROVAÇÃO DO BENEFÍCIO.

Você ou alguém no seu domicílio está aguardando uma decisão sobre o recebimento de qualquer um dos tipos de renda acima? SIM\_\_\_ NÃO\_\_\_

Se SIM, escreva as informações abaixo:

PESSOA QUE SOLICITOU OS BENEFÍCIOS	Tipo de benefício	Data prevista
_____	_____	___/___/___

\*\*\*\*\*

**DESPESAS:**

Alguém no seu domicílio paga creche para o cuidado de uma criança ou de um adulto deficiente que seja membro do seu domicílio? SIM\_\_\_ NÃO\_\_\_

Se SIM, escreva as informações abaixo:

PESSOA PAGANDO PELOS CUIDADOS	Pessoa recebendo os cuidados	Valor pago	Frequência*
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

\* FREQUÊNCIA: Semanal, quinzenal, mensal, bimensal, trimestral, etc.

\*ANEXAR\* Comprovante de cuidados com dependentes. Consulte os DOCUMENTOS QUE VOCÊ PODE PRECISAR PARA A APROVAÇÃO DO BENEFÍCIO.

Alguém no seu domicílio paga pensão para filhos por ordem do tribunal a outro domicílio? SIM\_\_\_ NÃO\_\_\_

Se SIM, escreva as informações abaixo:

PESSOA PAGANDO PENSÃO	A quem é paga	Valor pago	Frequência*
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

\*ANEXAR\* Comprovante de pensão para filhos paga. Consulte os DOCUMENTOS QUE VOCÊ PODE PRECISAR PARA A APROVAÇÃO DO BENEFÍCIO.

Você ou alguém no seu domicílio paga todo ou uma parte do aluguel, pagamento de hipoteca, imposto territorial, seguro, ou outros custos de moradia? SIM\_\_\_ NÃO\_\_\_

Se SIM, preencha as seguintes informações:

TIPO DE DESPESA	Valor/Frequência*
_____	_____ POR _____
_____	_____ POR _____
_____	_____ POR _____

\* FREQUÊNCIA: Semanal, quinzenal, mensal, bimensal, trimestral, etc.

\*ANEXAR\* Comprovante de despesas com abrigo. Consulte os DOCUMENTOS QUE VOCÊ PODE PRECISAR PARA A APROVAÇÃO DO BENEFÍCIO.

Você recebeu um subsídio da Lei de Assistência à Energia Elétrica em Moradias de Baixa Renda (sigla em inglês, LIHEAA) em seu endereço atual nos últimos 12 (doze) meses? SIM\_\_\_ NÃO\_\_\_

Você ou alguém no seu domicílio paga por serviços de utilidade pública? SIM\_\_\_ NÃO\_\_\_

Se SIM, escreva as informações abaixo:

PESSOA PAGANDO SERVIÇOS DE UTILIDADE PÚBLICA	Tipo de serviço de utilidade pública	Valor/Frequência*
_____	_____	_____ POR _____
_____	_____	_____ POR _____
_____	_____	_____ POR _____
_____	_____	_____ POR _____

\* FREQUÊNCIA: Semanal, quinzenal, mensal, bimensal, trimestral, etc.

\* ANEXAR \* Comprovante de despesas com abrigo. Consulte os DOCUMENTOS QUE VOCÊ PODE PRECISAR PARA A APROVAÇÃO DO BENEFÍCIO.

Alguém no seu domicílio que seja deficiente ou tenha 60 anos de idade ou mais paga custos médicos não cobertos por seguro? SIM\_\_\_ NÃO\_\_\_

Se SIM, escreva as informações abaixo:

PESSOA PAGANDO CUSTOS MÉDICOS	Tipo de custo médico	Valor/Frequência*
_____	_____	_____ POR _____
_____	_____	_____ POR _____
_____	_____	_____ POR _____
_____	_____	_____ POR _____

\* FREQUÊNCIA: Semanal, quinzenal, mensal, bimensal, trimestral, etc.

\*ANEXAR\* Comprovante de despesas médicas. Consulte os DOCUMENTOS QUE VOCÊ PODE PRECISAR PARA A APROVAÇÃO DO BENEFÍCIO.

\*\*\*\*\*

**PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO:**

Alguém lhe ajudou a preencher este formulário? SIM\_\_\_ NÃO\_\_\_

Se SIM, escreva as informações abaixo:

NOME DA PESSOA	TELEFONE	AGÊNCIA (se apropriado)
_____	_____	_____

\*\*\*\*\*

**PENALIDADES POR PERJÚRIO**

Certifico, sob pena de perjúrio, que li (ou foi lido para mim) e entendo a Notificação de Direitos, Responsabilidades e Penalidades, e 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 \$1.000, ou prisão por até 5 (cinco) anos, ou ambos, podem ser impostas a uma pessoa que obtenha ou tente obter, ou ajude ou seja cúmplice de qualquer pessoa para obter assistência pública à qual não tenha direito, ou que intencionalmente não reporte renda, recursos ou circunstâncias pessoais ou aumentos que excedam o valor previamente reportado.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do requerente ou beneficiário

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do guardião, procurador ou representante autorizado

\_\_\_\_\_  
Data

**DESTAQUE “SEUS DIREITOS E RESPONSABILIDADES” E GUARDE PARA SEUS REGISTROS.**



**DIREITOS E RESPONSABILIDADES**

De Requerentes/Beneficiários do Programa de Assistência Nutricional Complementar (SNAP)

**DIREITOS**

**Você tem o DIREITO** de solicitar e, se considerado elegível, receber benefícios 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 obter uma audiência perante um auditor do departamento se não estiver satisfeito com qualquer decisão do departamento, ou se o departamento atrasar a tomada de decisão. Se você solicitar uma audiência, o seu apelo será ouvido prontamente. Você pode ser representado por um advogado ou por qualquer outra pessoa que você selecione para comparecer em seu nome. Se você não estiver satisfeito com qualquer decisão do departamento quanto à sua solicitação, você tem o direito de solicitar uma audiência. Você deve solicitar uma audiência dentro de 90 (noventa) dias a partir da data em que receber uma notificação por escrito para benefícios do Programa de Assistência Nutricional Complementar.

**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 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 requeiram meios alternativos de comunicação para informações sobre o programa (ex: Braille, caracteres grandes, fitas de áudio, Linguagem Americana de Sinais, etc.), devem entrar em contato com a Agência (estadual ou local) onde solicitaram os benefícios. Indivíduos que sejam surdos, tenham deficiências auditivas ou da fala, podem entrar em contato com o USDA através do Serviço Federal de Relay pelo telefone (800) 877-8339. Além disto, informações sobre o programa podem estar disponíveis em outros idiomas além do inglês. Para apresentar uma queixa de discriminação contra o programa, preencha o Formulário de Queixa contra Discriminação do Programa do USDA, (AD-3027) encontrado online em: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](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 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 das Emendas de Educação de 1972 (20 U.S.C. 1681 et seq.), a Lei de Alimentos e Nutrição de 2008 (previamente a Lei de Cupons de Alimentos), a Lei de Discriminação por Idade de 1975, o Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA, implementando regulamentações (45 C.F.R. Partes 80 e 84) e o Departamento de Educação dos EUA implementando regulamentações (34 C.F.R. Partes 104 e 106), e o Departamento de Serviços de Agricultura, Alimentos e Nutrição dos EUA (7 C.F.R. 272.6); o Departamento de Serviços Humanos (DHS), não discrimina com base em raça, cor, nacionalidade, deficiência, religião, crenças políticas, idade, religião ou sexo em aceitação ou prestação de serviços, emprego ou tratamento, em sua educação e outras atividades do programa. Sob outras provisões da lei aplicável, o DHS não discrimina com base em orientação sexual, identidade de gênero ou expressão. Para obter mais informações sobre estas leis de não discriminação, regulamentações e procedimentos para a resolução de queixas contra discriminação, entre em contato com o DHS em 206 Elmwood Avenue, Providence, Rhode Island 02907, telefone 415- 8500 (para surdos/deficientes auditivos 1-800-745-5555 ou 711). O Agente de Ligação das Relações Comunitárias é o coordenador da implementação do Título VI, o Administrador do Gabinete de Serviços de Reabilitação (ORS) ou seu designado é o coordenador da implementação do Título IX, Seção 504 e ADA. O Diretor do DHS ou seu designado tem responsabilidade em geral pela conformidade dos direitos civis de todos os programas das agências.

**Você tem DIREITO a confidencialidade. De acordo com a legislação estadual, todas as agências administrando os programas incluídos como parte desta solicitação estão vinculadas por regulamentações 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).**

O Departamento não divulga informações sobre você ou outros membros do seu domicílio sem o seu consentimento, exceto conforme disposto na Legislação Geral de Rhode Island 40-6-12, 40-6-12.1 e 42-7.2-5(13), regulamentações estabelecidas no Código Administrativo do DHS. Qualquer pessoa considerada culpada de violar as cláusulas da Legislação Geral de

Rhode Island 40-6-12 será declarada culpada de uma contravenção. Os violadores estão sujeitos a uma multa máxima de \$200 (duzentos dólares) ou prisão por até 6 (seis) meses, ou ambos.

**Você tem o DIREITO** de apresentar uma solicitação conjunta para mais de um programa ou apresentar uma solicitação separada para os benefícios do SNAP 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 de acordo com os requerimentos processuais, de pontualidade, de notificação e de audiências justas. Nenhum domicílio terá a sua solicitação do SNAP negada somente com base no fato de sua solicitação para participar em outro programa ter sido negada ou seus benefícios sob outro programa terem sido terminados sem uma determinação em separado feita pela agência apropriada, de que o domicílio falhou em satisfazer um requerimento de elegibilidade ao SNAP. Domicílios que apresentarem uma solicitação conjunta para o SNAP e outro programa e tiverem benefícios negados para o outro programa não serão solicitados a reapresentar a solicitação conjunta ou a apresentar outra solicitação para o SNAP, mas terão a 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 foi aceita pelo Departamento.

**Você tem o DIREITO** de nomear um representante autorizado. Um representante autorizado é uma pessoa designada pelo chefe do domicílio ou pelo cônjuge, ou qualquer outro membro responsável do domicílio, para agir em nome do domicílio para solicitar benefícios de programas 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 atender os requisitos de comunicação. A designação do representante autorizado precisa ser feita por escrito.

### **RESPONSABILIDADES**

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

**Você tem a RESPONSABILIDADE** de nos informar imediatamente (dentro de 10 (dez) dias) quaisquer mudanças na sua renda, recursos, composição familiar, ou quaisquer outras mudanças que afetem o seu domicílio. Se você é um declarante simplificado, você deve relatar mudanças na renda que tragam a renda bruta do domicílio para acima do Padrão de Elegibilidade de Renda Bruta do SNAP aplicável para o tamanho do seu domicílio. Se você tiver dúvidas sobre os requisitos de comunicação, entre em contato com o DHS para obter assistência.

**Você tem a RESPONSABILIDADE** de fornecer os n<sup>os</sup> de Social Security (ou comprovante de que você os solicitou) para você e seu domicílio, ou de 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, regulamentação ou contrato, e elas estarão sujeitas à verificação pelos funcionários locais, estaduais e federais. As informações sobre renda e elegibilidade obtidas a partir 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 surgir uma reivindicação contra o seu domicílio, as informações nesta solicitação, incluindo todos os SSNs, podem ser referidas a órgãos estaduais e federais, assim como agências particulares para cobranças de reclamações para ação de cobrança de reclamações. 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 comprovantes de suas despesas a fim de obter o valor máximo permitido de benefícios do SNAP. A falha em relatar ou fornecer comprovantes de suas despesas será considerada como a sua declaração de que você não quer receber uma dedução pela 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 imigrante legais podem ser elegíveis a benefícios do SNAP. Caso haja não cidadãos morando com você que não sejam elegíveis, você ainda pode solicitar e receber benefícios para outros membros elegíveis do domicílio. Não é necessário 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 renda e recursos.

#### **Disposições para a substituição do cartão EBT do SNAP:**

Os portadores de cartão que solicitarem 4 (quatro) ou mais cartões EBT de substituição dentro de um período de 12 (doze) meses podem ser referidos à Unidade de Fraude para investigação por 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 que tenham desabrigados, idosos ou deficientes, vítimas de crimes e outras pessoas vulneráveis que podem perder cartões de transferência eletrônica de benefícios, mas não estão cometendo fraude.

Entendo e concordo que o escritório do DHS pode entrar em contato com outras pessoas ou organizações a fim de obter os comprovantes necessários da minha elegibilidade e nível de benefícios.

#### **ADVERTÊNCIAS DE PENALIDADES RELATIVAS AO 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 \$250.000, preso por até 20 anos ou ambos. Pode também estar sujeito a processo sob outras leis estaduais e federais aplicáveis. Pode também ser barrado do SNAP por mais 18 meses se ordenado pelo tribunal. Qualquer membro do meu domicílio que intencionalmente quebrar uma regra do SNAP pode ser barrado do Programa de Assistência Nutricional Complementar:**

- Por um período de 1 (um) ano pela 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 pela 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, estarão permanentemente inelegíveis ao Programa de Assistência Nutricional Complementar 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 estarão inelegíveis a participarem no Programa de Assistência Nutricional Complementar 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 estarão elegíveis a benefícios por dois anos pela primeira ofensa, e permanentemente pela segunda ofensa.**
  4. **Indivíduos considerados culpados por um tribunal pela compra ou venda de drogas ilegais ou de certas drogas vendidas sob receita em troca de benefícios do SNAP estarão proibidos de participarem no SNAP por 24 meses pela primeira ofensa e permanentemente pela segunda ofensa.**
  5. **Um indivíduo condenado por um tribunal local, estadual ou federal pelo tráfico de benefícios por um valor**

**agregado de \$500 ou mais estará 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 de outra forma efetuar uma troca de benefícios do SNAP emitidos e acessados através dos cartões de Transferência Eletrônica de Benefícios (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 para 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.
- 6) Tentar comprar, vender, roubar, ou de outra forma efetuar uma troca de benefícios do SNAP emitidos e acessados através dos cartões de Transferência Eletrônica de Benefícios (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”.

**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 pelo governo federal, 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 legislação estadual e federal.