



**ESTADO DE RHODE ISLAND & PROVIDENCE PLANTATIONS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇOS HUMANOS**

**PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À NUTRIÇÃO SUPLEMENTAR
(SNAP) SOLICITAÇÃO**

Conhecido anteriormente como Programa de cupons de alimentação

ESTA SOLICITAÇÃO É APENAS PARA ASSISTÊNCIA A ALIMENTOS DO PROGRAMA SNAP.

PARA INFORMAÇÕES SOBRE ASSISTÊNCIA MÉDICA, FINANCEIRA E/OU CUIDADOS INFANTIS, ENTRE EM CONTATO COM UM CENTRO DA FAMÍLIA DHS DE RI.

**WOONSOCKET
CENTRO REGIONAL
DA FAMÍLIA**

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

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

**PROVIDENCE CENTRO
REGIONAL DA FAMÍLIA**

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

Atende:
Cranston
Johnston
Providence
Scituate

**NEWPORT CENTRO
REGIONAL DA FAMÍLIA**

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

Atende:
Jamestown
Little Compton
Middletown
Newport
Portsmouth
Tiverton



**PAWTUCKET
CENTRO REGIONAL
DA FAMÍLIA**

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

Atende:
Barrington
Bristol
Central Falls
East Providence
Pawtucket
Warren

**WARWICK CENTRO
REGIONAL DA FAMÍLIA**

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

Atende:
Warwick
West Warwick

**SOUTH COUNTY
CENTRO REGIONAL DA
FAMÍLIA
(CENTRO OLIVER STEDMAN)**

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

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

SOU ELEGÍVEL? COMO ME INSCREVO? ONDE POSSO OBTER AUXÍLIO PARA A SOLICITAÇÃO?

Os locais dos escritórios SNAP DHS de RI estão listados acima.
Online em WWW.FOODSTAMPS.RI.GOV ou WWW.DHS.RI.GOV
Linha de informações DHS de RI 401-462-5300
Assistência à solicitação Outreach SNAP 1-866-306-0270

ETAPAS A SEGUIR

ETAPA 1- INSCREVA-SE ONLINE OU PREENCHA, ASSINE E DATE ESTA SOLICITAÇÃO. Assine cada caixa com a instrução, “Assinatura requerida”. Estas caixas de assinatura estão localizadas nas páginas 2 de 4, 4 de 14 e 14 de 14. Ao preencher esta solicitação, você pode usar as seções “Folha de trabalho” para espaço extra. Se precisar de assistência, entre em contato com seu escritório SNAP local ou ligue para o número de Assistência à solicitação Outreach SNAP listado na capa, ou visite sua Agência de Ação Comunitária local listada no verso da solicitação.

Se você e/ou todos os residentes do seu domicílio forem idosos (60 anos de idade ou mais), você só precisa responder as perguntas marcadas com um “*”, salvo instruções em contrário do funcionário do DHS durante a sua entrevista.

NÃO MARQUE AS ÁREAS À DIREITA DAS PERGUNTAS (MEMB VER .) OU QUAISQUER ÁREAS QUE POSSAM ESTAR MARCADAS “Para uso da agência apenas”.

ETAPA 2- ENVIE PELO CORREIO, POR FAX OU DEIXE sua solicitação em um escritório local do SNAP para o processamento em tempo hábil. Precisamos ter uma solicitação ASSINADA NO ESCRITÓRIO DO DHS a fim de carimbar a data e processar sua solicitação. **Você pode apresentar sua solicitação imediatamente, contanto que recebamos a frente e o verso da Parte 1 da solicitação, página nº 1 de 14 com seu nome, endereço, telefone e a assinatura de um residente responsável do domicílio ou representante autorizado.**

ETAPA 3- É NECESSÁRIO UMA ENTREVISTA. Para determinar se é ou não elegível, você precisa ser entrevistado. As informações fornecidas na solicitação para benefícios do SNAP estão sujeitas à verificação por autoridades locais, estaduais e federais para determinar se tais informações são concretas; se tais informações estiverem incorretas, os benefícios do SNAP podem ser negados; e o requerente pode estar sujeito a processo criminal por conscientemente fornecer informações falsas ou incorretas. Somos obrigados a verificar tais informações e a determinar a elegibilidade dentro de trinta (30) dias da data em que a sua solicitação for recebida, a menos que você seja autorizado a receber benefícios rápidos dentro de sete (7) dias (ver a próxima página). Os benefícios são fornecidos a partir da data da solicitação. A data da apresentação da solicitação para requerentes para liberação antecipada é a data da liberação da instituição.

Consulte o interior da contracapa, Diretrizes do SNAP – Folha de recursos, para as Diretrizes de Elegibilidade aos Benefícios do SNAP.

PARA USO DA AGÊNCIA APENAS: Liberação da pessoa para participação

Registro anterior	Status	RL	Data da solicitação	Nº do social security		
SNAP	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO					

DETERMINAÇÕES:

MEM VER

INSCRIÇÃO RECERTIFICAÇÃO DATA DA ENTREVISTA _____

NÍVEL DE ESCOLARIDADE: GED HS CERTIFICADO DIPLOMA OUTRO

Comentários _____

Assinatura do responsável/entrevistador _____

Data _____

**Para uso da agência apenas:
Carimbo da data**

Rápido SIM NÃO

Se você tem alguma deficiência ou condição que torne difícil para você entender ou responder as perguntas nesta solicitação, podemos ajudar. Por exemplo, podemos ler o formulário com você e escrever suas respostas para você. Podemos fazer outros ajustes, dependendo do tipo de assistência que você precisar. Por favor, nos informe.

***1. Você precisa de intérprete?** SIM NÃO Se necessário, serviços de intérpretes são gratuitos.

*** Responda às seguintes perguntas:**

- a. Você fala inglês? SIM NÃO Se não, qual é o principal idioma falado? _____
- b. Algum adulto residente do domicílio fala inglês? SIM NÃO
- c. Você consegue ler e escrever em inglês? SIM NÃO

* Como você gostaria de ser entrevistado? MARQUE UMA DAS CAIXAS: ENTREVISTA POR TELEFONE (DHS telefonará para você) (ou) ENTREVISTA NO ESCRITÓRIO IMPORTANTE: Se você não marcar uma das caixas acima, será marcada uma entrevista por telefone para você.

VOCÊ DEVE FORNECER UM TELEFONE ONDE POSSA SER ENCONTRADO:

			Dia	Noite
Nome	Inicial do nome do meio	Sobrenome	Nome de solteira	
Nº do Social Security _____ - _____ - _____			Data de nascimento ____ - ____ - ____	

Estado civil: Solteiro Casado Divorciado Outro

Sexo: Masculino Feminino

Endereço	Apt	Cidade/Município	Estado	CEP
Endereço para correspondência (se diferente)	Apt	Cidade/Município	Estado	CEP

***2. Você é elegível para serviço rápido?**

VOCÊ PODE OBTER BENEFÍCIOS DO SNAP, SE ELEGÍVEL, DENTRO DE 7 DIAS SE: a soma da sua renda e seu dinheiro em espécie e no banco for menor que as suas despesas mensais com moradia; ou se a sua renda mensal for menor que \$150 e seu dinheiro no banco e recursos líquidos forem menores que \$100; ou caso você seja um migrante ou trabalhador agrícola sazonal.

- a. Quanto os residentes do seu domicílio têm em espécie ou no banco? \$ _____
- b. Qual é a renda total de qualquer fonte (incluindo renda não salarial, tal como pensão alimentícia, SSI, TDI, desemprego ou SSDI, etc.) você espera que o seu domicílio receba este mês? \$ _____
- c. Quanto você paga atualmente por mês de aluguel/hipoteca? \$ _____ Serviços públicos? \$ _____
- d. Alguém em seu domicílio é migrante ou trabalhador agrícola sazonal? SIM NÃO

Se tiver filhos, você pode qualificar para outros serviços. Telefone ou visite seu escritório local do DHS.

***3. Meu sistema de habitação é (marque um):**

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 01 Lar para idosos/deficientes | <input type="checkbox"/> 06 Casa/trailer próprio | <input type="checkbox"/> 11 Não tradicional: saguão, rua, automóvel |
| <input type="checkbox"/> 02 Centro de reabilitação de drogas/álcool | <input type="checkbox"/> 07 Casa/apt/trailer alugado | <input type="checkbox"/> 12 Assistência residencial e residência geriátrica |
| <input type="checkbox"/> 03 Lar para cegos/deficientes | <input type="checkbox"/> 08 Morando na casa/apt de outros | <input type="checkbox"/> 13 Centro para tratamento de saúde prolongado |
| <input type="checkbox"/> 04 Abrigo para mulheres vítimas de violência | <input type="checkbox"/> 09 Sem endereço permanente | <input type="checkbox"/> 99 Outro (especifique) _____ |
| <input type="checkbox"/> 05 Abrigo | <input type="checkbox"/> 10 Casa abrigo | |

***4. Há alguém no domicílio se escondendo ou fugindo da lei para evitar processo, ser detido, ou ir para a prisão por crime, tentativa de crime, ou violação de liberdade condicional ou reinserção social?** SIM NÃO

Em caso afirmativo, liste o(s) nome (s) dos residentes do domicílio:

NOME: _____ DATA: _____ ESTADO: _____

***5. Você ou alguém solicitando com você já recebeu SNAP/cupons de alimentação, Cash Assistance (TANF) ou benefícios de assistência médica de outro estado?** SIM NÃO

Em caso afirmativo, liste o(s) nome (s) dos residentes do domicílio _____ ESTADO: _____

DATA DE INÍCIO _____ DATA DO FIM _____

***6. Você ou alguém solicitando com você já foi condenado por trocar benefícios do SNAP/ cupons de alimentação por armas, munição ou explosivos após 22 de setembro de 1996?** SIM NÃO

Em caso afirmativo, liste o(s) nome (s) dos residentes do domicílio _____

***7. Você gostaria de autorizar outra pessoa a fazer a solicitação em seu nome?** SIM NÃO

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

Telefone (dia): _____ Telefone (noite): _____

**** Assinatura requerida ****

Ao assinar esta solicitação, certifico, sob pena de perjúrio, que li (ou leram para mim) e entendi a Notificação de Direitos, Responsabilidades e Penalidades, e que as minhas respostas estão corretas e completas, salvo melhor crença e juízo. Sei que, de acordo com as Leis Gerais do Estado de RI, Seção 40-6-15, uma multa máxima de \$1.000 ou encarceramento por até 5 anos, ou ambos, podem ser impostos a uma pessoa que obtenha, tente obter, ou ajude ou incentive qualquer pessoa a obter assistência pública à qual não esteja autorizada a receber, ou que deliberadamente não informe renda, recursos ou circunstâncias pessoais, ou aumentos, que excedam o valor informado anteriormente.

Assinatura do requerente ou beneficiário	Data	Assinatura do representante autorizado	Data
Assinatura do(a) esposo(a) ou outro pai/mãe da(s) criança(s)	Data	Assinatura da pessoa ajudando-o a preencher este formulário	Data
Assinatura do tutor, curador ou detentor da procuração	Data	Assinatura do Representante da Agência	Data

*** Apresentar SOMENTE a frente e o verso desta página com nome, endereço, telefone e assinatura nos permite carimbar a data e iniciar esta solicitação apenas. Você precisa ser entrevistado para que seja determinada a elegibilidade em ambos os casos processados de maneira regular e rápida. Benefícios rápidos são ativos por até 2 meses apenas. Para determinar contínua elegibilidade ao benefício, você precisa assinar e preencher ambas as PARTES I e II desta solicitação. Traga ou envie a documentação necessária para a determinação de benefícios contínuos.**

RETIRADA DA SOLICITAÇÃO

**** PARA USO DA AGÊNCIA**

Após participar da entrevista de triagem, não desejo fazer uma solicitação neste momento. Entendo que posso me inscrever novamente a qualquer tempo. Entendo que esta solicitação pode ser recusada e que uma notificação de recusa me será enviada. Declare o motivo para retirar sua solicitação:

Assinatura do requerente

Data

SOLICITAÇÃO DO SNAP - PARTE II

***1. Você precisa que alguém faça a solicitação por você?**

SIM NÃO

Você pode escolher um representante autorizado para preencher sua solicitação, dar informações na sua entrevista e falar com o funcionário do DHS sobre o seu caso. Caso queira ter um representante autorizado, preencha as seguintes informações sobre esta pessoa:

NOME: _____ TELEFONE: _____

ENDEREÇO: _____

***2. Quem mora na sua casa? Inclua você mesmo como Membro 1**

MEMB VER

* Códigos do estado civi: M - Casado S – Separado D - Divorciado W – Viúvo N – Nunca casado ** Códigos das raças: W – Branco I – Índio americano/nativo do Alasca
B – Negro ou afro-americano N – Nativo do Havai/das ilhas do Pacífico A – Asiático

Preencha as seguintes informações sobre todas as pessoas que moram na sua casa. Certifique-se de listar todas as pessoas, mesmo que não queiram assistência.				Liste as informações neste lado apenas se a pessoa estiver solicitando benefícios. (O preenchimento da seção sobre raça é voluntário, não afetará a elegibilidade ou o nível de benefícios, e a razão para a informação é garantir que os benefícios do programa sejam distribuídos independentemente de raça, cor ou nacionalidade)					
Nome	Conexão com você (Esposo(a), filho(a), irmã(o), amigo(a), etc.)	Solicitando benefícios (Circule um)	Data de nascimento	Nº do Social Security	Sexo (Circule um)	Estado Civil	Raça	Hispânico ou latino (Circule um)	Cidadão americano (Circule um)
Sobrenome: Nome e inicial do nome do meio:	A própria pessoa	Sim Não		____/____/____	M F			Sim Não	Sim Não
Sobrenome: Nome e inicial do nome do meio:		Sim Não		____/____/____	M F			Sim Não	Sim Não
Sobrenome: Nome e inicial do nome do meio:		Sim Não		____/____/____	M F			Sim Não	Sim Não
Sobrenome: Nome e inicial do nome do meio:		Sim Não		____/____/____	M F			Sim Não	Sim Não
Sobrenome: Nome e inicial do nome do meio:		Sim Não		____/____/____	M F			Sim Não	Sim Não

Use a folha de trabalho em anexo para registrar quaisquer membros adicionais e/ou informações para qualquer pergunta nesta solicitação. Para garantir exatidão no processamento, escreva o número da pergunta correspondente e o número da página da solicitação na folha de trabalho na página 13.

3. Se você reside em um domicílio com uma criança (menor de 18 anos), há mais de um(a) pai/mãe adulto(a) ou outro adulto sem ser você, que compartilhe controle parental/direitos da(s) criança(s)? SIM NÃO

Se você mora em tal domicílio, designe pai ou mãe adulto, ou um adulto que tenha controle parental sobre as crianças, como chefe do domicílio, aqui:

PARE
VER

NOME: _____

***4. Se você ou alguém solicitando os benefícios não tiver cidadania, forneça as informações sobre o atual status nos EUA de cada residente do domicílio preenchendo as informações abaixo.**

NOME: _____ País de origem: _____

AL
VER

Número de registro de estrangeiro: _____ Número de imigração: _____

Data em que você chegou nos Estados Unidos: _____ Nome do patrocinador: _____

Endereço do patrocinador: _____

Data do status de residente

Status do estrangeiro: Refugiado Residente permanente Outro Data de chegada: _____ permanente legal LPR: _____

NOME: _____ País de origem: _____

Número de registro de estrangeiro: _____ Número de imigração: _____

Data em que você chegou nos Estados Unidos: _____ Nome do patrocinador: _____

Endereço do patrocinador: _____

Data do status de residente

Status do estrangeiro: Refugiado Residente permanente Outro Data de chegada: _____ permanente legal LPR: _____

SAV-1 VER

Assinatura requerida

**** Todos os requerentes precisam assinar aqui independentemente do status de cidadania ****

CERTIFICAÇÃO DE CIDADANIA/SITUAÇÃO LEGAL DE ESTRANGEIRO

Certifico, sob pena de perjúrio, ao assinar meu nome abaixo, que as informações que forneci nas perguntas NÚMERO 2 e NÚMERO 4 estão corretas e completas em relação à cidadania/situação legal de estrangeiro de CADA requerente, salvo melhor crença e juízo.

NOME: _____

DATA: _____

ASSINATURA: _____

A situação legal de estrangeiro dos requerentes residentes do domicílio pode estar sujeita à verificação por parte dos Serviços de Cidadania e Imigração dos Estados Unidos (United States Citizen and Immigration Services – USCIS), através da apresentação das informações da solicitação ao USCIS, e as informações apresentadas recebidas do USCIS podem afetar a elegibilidade do domicílio e o nível dos benefícios.

***5. Você ou qualquer residente do seu domicílio está morando em um arranjo de, moradia em grupo, como os tipos listados abaixo?** SIM NÃO

Em caso afirmativo, preencha as informações abaixo para cada residente do domicílio:

**GRUP
VER**

(Abrigo para os sem-teto, centro de tratamento de droga/álcool, hospital, instalações de residência assistida, dormitório, instituto correcional, comunidade, abrigo para mulheres vítimas de violência.)

Nome do residente no domicílio morando em arranjo de moradia em grupo

Nome das instalações

6. Você ou alguém no domicílio que tenha dezesseis (16) anos de idade ou mais está em High School (ensino médio), faculdade, escola profissionalizante ou programa de treinamento vocacional? SIM NÃO

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

**SCHL VER
FORM-CIA**

Nome: _____ Marque um: Tempo integral Meio período Menos que meio período

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

Nome: _____ Marque um: Tempo integral Meio período Menos que meio período

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

Nombre: _____ Marque una opción: Tiempo completo Medio tiempo Menos de medio tiempo

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

***7. Há alguém na sua casa que não compre e prepare refeições com você?** SIM NÃO

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

EATS

Nome: _____ Nome: _____

Nome: _____ Nome: _____

***8. Você, seu/sua esposo(a) ou alguém no seu domicílio é mentalmente ou fisicamente doente, incapacitado, deficiente ou cego?** SIM NÃO

Em caso afirmativo, preencha as informações abaixo:

**DISA
VER**

Nome: _____ Problema médico (descreva): _____ Causado por um acidente?
 SIM NÃO

Esta pessoa solicitou benefícios de SSI ou Social Security (RSDI)? SIM NÃO ¿Esta Esta pessoa solicitou benefícios de veteranos (VA)?
 SIM NÃO

Nome: _____ Problema médico (descreva): _____ Causado por um acidente?
 SIM NÃO

¿ pessoa solicitou benefícios de SSI ou Social Security (RSDI)? SIM NÃO ¿Esta Esta pessoa solicitou benefícios de veteranos (VA)?
 SIM NÃO

9. O emprego de alguém no seu domicílio terminou nos últimos 60 dias? SIM NÃO

Alguém está atualmente em greve?

SIM NÃO

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

QUIT/STRK
VER

Nome	Razão para sair	Empregador	Último dia trabalhado/ data do início da greve	Data do último pagamento
_____	_____	_____	_____	_____

*10. Alguém no seu domicílio, incluindo crianças, ganha ou é esperado que ganhe renda proveniente de trabalho? SIM NÃO

Em caso afirmativo, liste toda renda proveniente de trabalho abaixo:

JINC VER

Nome	Empregador	Renda bruta deste mês (incluindo gorjetas e comissão)	Horas trabalhadas por semana	Salário/ganho por hora	Frequência de pagamento (mensal, semanal, quinzenal)	Data do próximo pagamento
Sobrenome Nome e inicial do nome do meio		\$		\$		
Sobrenome Nome e inicial do nome do meio		\$		\$		
Sobrenome Nome e inicial do nome do meio		\$		\$		

As informações disponíveis através do sistema de verificação de renda e elegibilidade (IEVS) serão solicitadas, utilizadas e podem ser verificadas através de contato colateral. Quando são encontradas discrepâncias, tais informações podem afetar a elegibilidade do domicílio e o nível dos benefícios.

*11. Você, seu/sua esposo(a) ou alguém no domicílio recebe renda de aluguel? SIM NÃO

Em caso afirmativo, preencha as informações abaixo:

RINC
VER

Nome do dono da propriedade	Aluguel total recebido / Frequência	Horas trabalhadas por mês mantendo a propriedade	Número de unidades
_____	\$ _____ Por _____	_____	_____
_____	\$ _____ Por _____	_____	_____

(s) pessoa(s) listada(s) acima mora(m) na propriedade de aluguel?

SIM NÃO

Principal da hipoteca	\$ _____ Por _____	Impostos	\$ _____ Por _____	Seguro	\$ _____ Por _____
Juros da hipoteca	\$ _____ Por _____	Gas/ Óleo	\$ _____ Por _____	Água	\$ _____ Por _____
Seguro	\$ _____ Por _____	Esgoto	\$ _____ Por _____	Reparos	\$ _____ Por _____
Lixo	\$ _____ Por _____	Eletricidade	\$ _____ Por _____	Outro	\$ _____ Por _____

***12. Você ou alguém no domicílio recebe pagamentos por quarto ou pensão/refeições?**

SIM NÃO

Em caso afirmativo, preencha as informações abaixo:

**RBIN
VER**

Nome da pessoa recebendo pagamento: _____ valor pago / frequência _____ Esta renda será recebida nos próximos meses?

_____ \$ _____ Por _____

SIM NÃO

Nome da pessoa pagando: _____

O que este pagamento cobre?

Apenas quarto _____

Quarto /
pensão (1 - 2 refeições) _____

Quarto/pensão (3 refeições)
ou mais por dia _____

1-2 refeições
apenas _____

3 ou mais refeições
apenas _____

Guarda temporária
(quarto e 3 refeições ou mais por dia) _____

***13. Você, seu/sua esposo(a) ou alguém no domicílio recebe renda como autônomo?**

SIM NÃO

Em caso afirmativo, preencha as informações para cada residente no domicílio que recebe renda como autônomo:

**BUSI
VER**

Os exemplos incluem, mas não estão limitados a: tratamento da grama, corte de cabelo, reparos da casa, pesca, creche, vendas de porta em porta, vendas através de festas em casa, ou aluguel de propriedades.

NOME: _____ RENDA BRUTA _____ POR: _____

MÉDIA DO NÚMERO DE HORAS TRABALHADAS POR SEMANA _____

NOME DO NEGÓCIO: _____ DATA EM QUE O NEGÓCIO COMEÇOU: _____

ESTA RENDA SERÁ RECEBIDA NO PRÓXIMO MÊS? _____

LISTE TODA A RENDA DO SEU NEGÓCIO:

TIPO DE RENDA/TRABALHO	VALOR DA RENDA	DESPESAS	FREQUÊNCIA	
			Mensal	Anual

NOME: _____ RENDA BRUTA _____ POR: _____

DESPESAS: \$ _____ MÉDIA DO NÚMERO DE HORAS TRABALHADAS POR SEMANA _____

NOME DO NEGÓCIO: _____ DATA EM QUE O NEGÓCIO COMEÇOU: _____

ESTA RENDA SERÁ RECEBIDA NO PRÓXIMO MÊS? _____

LISTE TODA A RENDA DO SEU NEGÓCIO:

TIPO DE RENDA/TRABALHO	VALOR DA RENDA	FREQUÊNCIA
	\$	
	\$	
	\$	
	\$	
	\$	

14. Você ou alguém no seu domicílio recebe renda de estudo de trabalho, subvenção para aluno, bolsa de estudos, empréstimo educacional ou benefícios educacionais VA? SIM NÃO

Em caso afirmativo, preencha as informações abaixo:

STIN
VERR

NOME _____ TIPO DE EMPRÉSTIMO/SUBVENÇÃO _____ PERÍODO COBERTO _____ A _____ VALOR \$ _____

***15. Alguém no seu domicílio, incluindo crianças, recebe ou espera receber renda que não seja de um trabalho?** SIM NÃO

Em caso afirmativo, preencha as informações abaixo.

UNEA
VER

Os exemplos incluem, mas não estão limitados a: conta bancária, pensão alimentícia, previdência social (RSDI, SSI), desemprego, TDI, indenização, benefícios de veteranos, aposentadoria, juros, pensões, anuidades, dividendos, prêmios, dinheiro de parentes e amigos, subsídio por adoção, guarda temporária, proventos militares, herança, loteria, patrocínio de estrangeiros, crédito ganho de imposto de renda, presentes, etc.

NOME: _____ TIPO DE RENDA: _____ VALOR BRUTO ESTE MÊS: _____

NOME: _____ TIPO DE RENDA: _____ VALOR BRUTO ESTE MÊS: _____

NOME: _____ TIPO DE RENDA: _____ VALOR BRUTO ESTE MÊS: _____

NOME: _____ TIPO DE RENDA: _____ VALOR BRUTO ESTE MÊS: _____

NOME: _____ TIPO DE RENDA: _____ VALOR BRUTO ESTE MÊS: _____

Esta renda continuará no próximo mês? **SIM** **NÃO**

**(Se relatar e fornecer comprovação das suas despesas mostradas nas perguntas 16 a 22, você obterá o valor máximo de benefícios permitidos do SNAP. Falha em relatar ou fornecer comprovação das suas despesas será considerada como sua declaração de que você não quer receber uma dedução pelas despesas não relatadas e não comprovadas).*

16. Alguém no domicílio paga custos de assistência a crianças, idosos ou adultos deficientes devido ao trabalho, treinamento, busca de trabalho ou estudo? SIM NÃO

Si em caso afirmativo, preencha as informações abaixo.

DCEX
VER

Nome da pessoa pagando pela assistência _____ Razão (circule uma)

1. _____ Escola / Trabalho

2. _____ Escola / Trabalho

Nome(s) da(s) pessoa(s) recebendo assistência	Tipo de assistência (circule um)	Custo da assistência / Frequência	O custo é subsidiado? (assist. infantil financiada pelo estado)	Em caso afirmativo valor do subsídio
1. _____	Adulto / Criança	\$ _____ por _____	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	\$ _____
2. _____	Adulto / Criança	\$ _____ por _____	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	\$ _____
3. _____	Adulto / Criança	\$ _____ por _____	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	\$ _____
4. _____	Adulto / Criança	\$ _____ por _____	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	\$ _____

17. Você ou alguém no seu domicílio paga pensão alimentícia infantil ou outra pensão a outro domicílio por ordem judicial?

SIM NÃO

Em caso afirmativo, preencha as informações abaixo:

SUPP VER

Quem paga	Valor pago / frequência	Nome das crianças para quem a pensão é paga
_____	_____ por _____	_____
Quem paga	Valor pago / frequência	Nome das crianças para quem a pensão é paga
_____	_____ por _____	_____

*18. Você ou alguém no seu domicílio paga todo ou uma parte de aluguel, pagamento de hipoteca, impostos sobre a propriedade, seguro, lote/aluguel, empréstimo garantido por hipoteca de residência, taxas de condomínio ou outros custos para a casa onde você mora?

SIM NÃO

Em caso afirmativo, preencha as informações abaixo:

RENT/HOME VER

Aluguel \$ _____ por _____ Incluído no aluguel? O aluguel é subsidiado? (i.e. Seção 8)? Em caso afirmativo, o valor do subsídio

Aquecimento Serviços públicos SIM NÃO é \$ _____ por _____
Se alugando, liste o nome do senhorio _____ Endereço do senhorio _____

Telefone do senhorio _____ Alguém divide o custo do aluguel? SIM NÃO

Em caso afirmativo, nome _____ Valor \$ _____ por _____

Hipoteca _____ por _____ Juros \$ _____ por _____ Impostos sobre a propriedade \$ _____ por _____

Seguro residencial \$ _____ por _____ Lote/Aluguel \$ _____ por _____ Outro \$ _____ por _____

Detentor da hipoteca e endereço: _____

*19. Você obteve um subsídio do Programa de assistência à energia em residências de baixa renda (LIHEAP) em seu atual endereço nos últimos doze (12) meses para assistência ao aquecimento?

SIM NÃO

UTIL VER

*20. Você ou alguém no seu domicílio paga por serviços públicos?

SIM NÃO

UTIL VER

Em caso afirmativo, preencha as informações abaixo:

Nome da pessoa pagando pelos serviços públicos	Serviço público	Valor pago/Frequência	Usado para aquecer/resfriar
_____	Óleo	\$ _____ per _____	Aquecer <input type="checkbox"/> Resfriar <input type="checkbox"/>
_____	Gás	\$ _____ per _____	Aquecer <input type="checkbox"/> Resfriar <input type="checkbox"/>
_____	Madeira/Carvão	\$ _____ per _____	Aquecer <input type="checkbox"/> Resfriar <input type="checkbox"/>
_____	Eletricidade (ou CA)	\$ _____ per _____	Aquecer <input type="checkbox"/> Resfriar <input type="checkbox"/>
_____	Telefone	\$ _____ per _____	
_____	Água/Esgoto	\$ _____ per _____	
_____	Remoção de lixo	\$ _____ per _____	
_____	Outro	\$ _____ per _____	

***21. Você ou alguém no domicílio paga por quarto e/ou pensão/refeições?**

SIM NÃO

Em caso afirmativo, preencha as informações abaixo:

**RBEX
VER**

Nome _____	Valor pago / Frequência \$ _____ Por _____	O que quarto/pensão cobre? Apenas quarto _____	Pensão (1-2 refeições) _____	Pensão (3 refeições) _____
Nome _____	Valor pago / Frequência \$ _____ Por _____	O que quarto/pensão cobre? Apenas quarto _____	Pensão (1-2 refeições) _____	Pensão (3 refeições) _____

***22. Alguém no seu domicílio que seja deficiente ou tenha 60 anos ou mais paga custos médicos não cobertos pelo seguro?**

SIM NÃO

Em caso afirmativo, preencha as informações abaixo:

**RBFMED
VER**

Exemplos incluem, mas não estão limitados a: prêmios de seguro de saúde, prêmios do Medicare, assistência odontológica, aparelhos auditivos, óculos, remédios sob receita, transporte para consultas médicas, contas de médicos e hospitais

Nome	Tipo de custo médico	Valor total por mês \$ _____	Data em que espera-se que os custos terminem
_____	_____	_____	_____
_____	_____	\$ _____	_____
_____	_____	\$ _____	_____

***23. Você ou qualquer residente do seu domicílio já foi impedido de participar no Programa de Assistência à Nutrição Suplementar/cupons de alimentação em outro estado?**

SIM NÃO

Em caso afirmativo, sob que nome? _____ Onde? _____ Quando? _____ Por quê? _____

***24. Você ou qualquer residente do seu domicílio foi condenado por trocar os benefícios do SNAP por drogas após 22 de setembro de 1996?**

SIM NÃO

Em caso afirmativo, sob que nome? _____ Onde? _____ Quando? _____

***25. Você ou qualquer residente do seu domicílio foi condenado por comprar ou vender benefícios do SNAP acima de \$500 após 22 de setembro de 1996?**

SIM NÃO

Em caso afirmativo, sob que nome? _____ Onde? _____ Quando? _____

NÃO PREENCHA AS PERGUNTAS 26-29, SALVO INSTRUÇÕES EM CONTRÁRIO, DO FUNCIONÁRIO DO DHS DURANTE A SUA ENTREVISTA. CONTINUE ATÉ A CAIXA DE ASSINATURA NA PÁGINA 14 DE 14. VOCÊ PRECISA ASSINAR A SOLICITAÇÃO ANTES DE APRESENTÁ-LA.

A fim de determinar elegibilidade contínua, você precisa assinar e preencher ambas as PARTES I e II desta solicitação. Traga ou envie a documentação necessária para determinar benefícios contínuos.

Nota da agência: As perguntas abaixo são necessárias apenas para domicílios com um residente que tenha cometido uma Violação Intencional do Programa, domicílios com residentes que estejam em uma sanção do trabalho, e/ou residentes idosos e deficientes com renda acima de 200% do nível de pobreza.

26. Alguém no seu domicílio tem recursos/bens como os tipos listados abaixo? SIM NÃO**Em caso afirmativo, preencha as informações abaixo para todos os residentes do domicílio, inclusive crianças.****CASH/BANK/RESO
VER**

Exemplos incluem, mas não estão limitados a: dinheiro em espécie, conta corrente, conta de poupança, conta em cooperativa de crédito, ações, títulos, certificados de depósito, seguro de vida, fundo fiduciário, conta do mercado financeiro, certificado de poupança ou outros itens de valor. Também liste todas as contas conjuntas.

NOME	TIPO DE RECURSO/CONTA	BANCO/LOCAL	NÚMERO DA CONTA	VALOR/SALDO
_____	_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	_____	\$ _____

27. Alguém no seu domicílio possui carros, caminhões, barcos, trailers, motocicletas, veículos de neve, reboques, ATVs, etc? SIM NÃO**Em caso afirmativo, preencha as informações abaixo:****CARS
VER**

PROPRIETÁRIO / COPROPIETARIO	MARCA (Ford, Chevy, etc.)	MODELO (Taurus, Blazer, etc.)	VALOR DEVIDO
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____

28. Além da casa em que você mora, existe algum terreno, prédio ou casa? SIM NÃO**Em caso afirmativo, preencha as informações abaixo:****PROP
VER**

Proprietário: _____ Tipo/Local _____ Valor \$ _____ Valor devido _____ Para venda/aluguel? SIM NÃO
Qual é a classificação do proprietário? Único Em conjunto Outro

Proprietário: _____ Tipo/Local _____ Valor \$ _____ Valor devido _____ Para venda/aluguel? SIM NÃO
Qual é a classificação do proprietário? Único Em conjunto Outro

Proprietário: _____ Tipo/Local _____ Valor \$ _____ Valor devido _____ Para venda/aluguel? SIM NÃO
Qual é a classificação do proprietário? Único Em conjunto Outro

29. Alguém no seu domicílio vendeu, trocou ou deu algo de valor nos últimos 3 meses? (dinheiro, terra, veículos, prédios, casa, etc.) SIM NÃO**Em caso afirmativo, preencha as informações abaixo.****TRAN
VER**

Nome _____	O que foi transferido? _____	Data da transferência _____	Valor \$ _____
Nome _____	O que foi transferido? _____	Data da transferência _____	Valor \$ _____
Nome _____	O que foi transferido? _____	Data da transferência _____	Valor \$ _____

INFORMAÇÕES ADICIONAIS
FOLHA DE TRABALHO

Use esta folha de trabalho para incluir quaisquer residentes e/ou informações adicionais. Para garantir a exatidão do processamento, escreva o número da pergunta e o número da página da solicitação à qual a sua resposta pertence no espaço fornecido.

Nome: _____

Últimos 4 dígitos do nº do seu social security: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Pergunta nº	Nº da página da solicitação
-------------	-----------------------------

Pergunta nº	Nº da página da solicitação
-------------	-----------------------------

Pergunta nº	Nº da página da solicitação
-------------	-----------------------------

Pergunta nº	Nº da página da solicitação
-------------	-----------------------------

Pergunta nº	Nº da página da solicitação
-------------	-----------------------------

Pergunta nº	Nº da página da solicitação
-------------	-----------------------------

Para preencher esta solicitação, prossiga até a próxima página.
É IMPORTANTE ler as páginas dos Direitos e Responsabilidades.
É NECESSÁRIO UMA ASSINATURA dentro da caixa “Assinatura requerida” localizada em Direitos e Responsabilidades na página 14 de 14 da solicitação.

APRESENTE SOMENTE AS PÁGINAS 1 A 14 DA SOLICITAÇÃO – GUARDE TODAS AS “FOLHAS DE RECURSOS” SALVO INSTRUÇÕES EM CONTRÁRIO DO FUNCIONÁRIO DO DHS

DIREITOS E RESPONSABILIDADES

Requerentes/Beneficiários do Programa de Assistência à Nutrição Suplementar (SNAP)

Você tem o DIREITO de apelar e receber uma audiência perante um Auditor do Departamento se estiver insatisfeito com qualquer decisão do Departamento, ou se o Departamento atrasar em tomar uma decisão. Se você solicitar uma audiência, seu apelo será ouvido prontamente. Você pode ser representado por um advogado ou qualquer outra pessoa que você escolha para comparecer em seu nome. Os formulários de audiência, nos quais você pode apresentar a sua queixa, estão disponíveis em todos os escritórios locais e estaduais do departamento. Se não estiver satisfeito com qualquer decisão do departamento referente à sua solicitação, você tem o direito de solicitar uma audiência dentro de 90 dias da data em que receber uma notificação por escrito dos benefícios do SNAP.

De acordo com o Título VI da Lei dos 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.), Título IX das Emendas Educacionais de 1972 (20 U.S.C. 1681 et seq.), a Lei de Alimentos e Nutrição de 2008 (previamente Lei dos Cupons de Alimentos) e a Lei da Discriminação de 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), o Departamento de Serviços Humanos de Rhode Island (DHS), não discrimina com base em raça, cor, nacionalidade, deficiência, credos políticos, idade, religião ou sexo em aceitação a ou prestação de serviços, emprego ou tratamento, em seus programas e atividades educacionais e outras. Sob outras provisões da lei aplicável, o DHS não discrimina com base em orientação sexual.

Para mais informações sobre estas leis, regulamentos e procedimentos de queixa de discriminação do DHS para resolução de queixas de discriminação, entre em contato com o DHS na 57 Howard Avenue, Cranston, RI 02920, telefone 462-2130 (TDD 462-6239 ou 711). O agente de ligação de relações comunitárias é o coordenador da implementação do Título VI; o administrador do Escritório de Serviços de Reabilitação (ORS) ou seu designado é o coordenador da implementação do Título IX, Seção 504, e ADA. O Diretor do DHS ou seu designado tem a responsabilidade geral pela conformidade dos direitos civis do DHS.

O Departamento de Agricultura dos EUA proíbe a discriminação contra seus clientes, funcionários e requerentes com base em raça, cor, nacionalidade, idade, deficiência, sexo, identidade sexual, represália e, onde aplicável, credos políticos, estado civil, estado familiar ou status parental, orientação sexual ou porque toda ou parte da renda de um indivíduo é proveniente de qualquer programa de assistência pública ou informações genéticas protegidas em emprego ou em qualquer programa ou atividade conduzida ou financiada pelo Departamento (nem todas as bases proibidas se aplicarão a todos os programas e/ou atividades de emprego). Caso deseje apresentar uma queixa de discriminação, preencha o formulário de queixa contra discriminação do programa USDA, encontrado online em

http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, ou em qualquer escritório do USDA, ou telefone para (866) 632-9992 para solicitar o formulário. Você também pode escrever uma carta contendo todas as informações solicitadas no formulário. Envie seu formulário completo ou carta de queixa para nós em U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, por fax (202) 690-7442 ou por e-mail em program.intake@usda.gov.

Indivíduos que sejam surdos, tenham dificuldade de audição ou para falar, podem entrar em contato com o USDA através do Federal Relay Service em (800) 877- 8339; ou (800) 845-6136 (em espanhol).

Para quaisquer outras informações referentes a assuntos do Programa de Assistência à Nutrição Suplementar (SNAP), as pessoas devem entrar em contato com aquele número de linha direta do SNAP

USDA em (800) 221-5689, que também é em espanhol, ou ligar para os números estaduais de linha direta /informações encontradas online em http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm. O USDA é um fornecedor e empregador que oferece igualdade de oportunidades. **Você tem DIREITO** à privacidade. O Departamento usa as informações sobre você e outros residentes do seu domicílio somente para fins diretamente

relacionados à administração dos programas e em conformidade com o Seguro de Saúde.

Você tem o DIREITO de nomear um representante autorizado. Um representante autorizado é uma pessoa designada pelo chefe do domicílio ou esposo(a), ou qualquer outro residente responsável do domicílio, para agir em nome do domicílio na solicitação para os benefícios do programa, ou usando os benefícios. O representante autorizado para os benefícios pode ou não ser o mesmo indivíduo designado como um representante autorizado para o processo de solicitação ou para cumprir os requisitos do relatório. A designação do representante autorizado deve ser feita por escrito.

Você tem DIREITO à privacidade. O Departamento usa informações sobre você e outros residentes do seu domicílio somente para fins diretamente relacionados à administração dos programas e em conformidade com as normas da Lei de Contabilidade e Portabilidade de Seguro de Saúde (HIPAA) para normas para a Privacidade de Informações de Saúde Identificáveis Individualmente. O Departamento não divulga informações sobre você ou outros residentes do seu domicílio sem o seu consentimento, exceto nos termos das Leis Gerais de Rhode Island 40-6-12 e 40-6-12.1, e regulamentações estipuladas no DHS e nos Manuais de Políticas do SNAP. Qualquer pessoa declarada culpada de violar as cláusulas das Leis Gerais de Rhode Island 40-6-12 será considerada culpada de contravenção. Os violadores estão sujeitos a uma multa máxima de duzentos dólares (\$200), ou encarceramento por até seis (6) meses, ou ambos.

Você tem a RESPONSABILIDADE de fornecer ao Departamento informações exatas e apresentar comprovação da sua renda, recursos e arranjos de moradia.

Você tem a RESPONSABILIDADE de nos contar imediatamente (dentro de dez (10) dias) de quaisquer alterações na sua renda, recursos, composição familiar, ou qualquer outra alteração que afete o seu domicílio. Para o SNAP, se você apresenta um relatório simplificado, deve relatar quando a sua renda exceder 130% do nível de pobreza federal. Se não tiver certeza dos requerimentos do seu relatório, entre em contato com o funcionário do DHS.

Você tem a RESPONSABILIDADE de fornecer os números do social security (ou comprovação de que solicitou um) para você e seu domicílio, ou para solicitá-los, se lhe for requerido, como condição de elegibilidade. A coleta de informações na solicitação, incluindo os números do social security de cada residente do domicílio para quem você recebe assistência, está autorizada sob a Lei de Alimentos e Nutrição de 2008 (previamente Lei dos Cupons de Alimentos), conforme emendado, 7 U.S.C. 2011-2036. Estas informações serão usadas para determinar se o seu domicílio é elegível ou continua a ser elegível a participar no SNAP.

O Departamento verificará estas informações através de programas de cruzamento com o Departamento de Trabalho e Treinamento, a Administração do *Social Security*, o *Internal Revenue Service*, o Serviço de Nutrição e Alimentos e outras entidades governamentais e não governamentais autorizadas por lei, regulamentação ou contrato, e estarão sujeitas à verificação pelas autoridades locais, estaduais e federais. As informações sobre renda e elegibilidade obtidas destas agências serão usadas para garantir que o seu domicílio seja elegível e receba o valor correto de benefícios do SNAP. Estas informações também serão usadas para monitorar conformidade com as regulamentações do programa e para gestão do programa. Estas informações podem ser divulgadas para outras agências estaduais e federais para exame oficial, e para autoridades reguladoras da lei para o fim de apreender pessoas escapando para evitar a lei. Se uma reclamação do SNAP surgir contra o seu domicílio, as informações nesta solicitação, incluindo todos os SSNs, podem ser referidos a agências estaduais e federais, assim como a agências de coleta de reclamações privadas, para ação de coleta de reclamações.

Fornecer as informações solicitadas, incluindo o SSN de cada residente do domicílio, é voluntário. No entanto, a falha em fornecer um SSN resultará na recusa dos benefícios do SNAP a cada indivíduo que falhe em fornecer um SSN. Quaisquer SSNs fornecidos serão usados e divulgados da mesma maneira que os SSNs de residentes elegíveis do domicílio.

DIREITOS E RESPONSABILIDADES
Requerentes/Beneficiários do Programa de Assistência à Nutrição Suplementar (SNAP)
(Continuação)

Você tem a RESPONSABILIDADE de relatar e fornecer comprovação das suas despesas a fim de receber o valor máximo dos benefícios permitidos do SNAP. Falha em relatar ou fornecer comprovação das suas despesas será considerada como a sua declaração de que você não quer receber uma dedução por despesas não relatadas ou não comprovadas.

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

Somente cidadãos americanos e certos imigrantes legais podem ser elegíveis para benefícios do SNAP. Caso existam não cidadãos morando com você, que não sejam elegíveis, você ainda pode solicitar e receber benefícios para outros residentes elegíveis do domicílio. Não será solicitado que você forneça informações de imigração de pessoas que não estejam solicitando benefícios, mas você pode precisar fornecer outras informações sobre estas pessoas, tais como renda e recursos.

DECLARAÇÃO DO REQUERENTE/BENEFICIÁRIO DO SNAP
ADVERTÊNCIAS DE PENALIDADE – Entendo que:

1. Qualquer residente do meu domicílio que intencionalmente quebre uma regra do SNAP pode ser barrado do SNAP por um ano a permanentemente, multado até \$250.000, encarcerado 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 um adicional de 18 meses, mediante ordem judicial. Qualquer residente do meu domicílio que intencionalmente quebre uma regra do SNAP pode ser barrado do Programa SNAP: ***Por um período de um (1) ano para a primeira violação, com as exceções nos números 2 e 3 abaixo; *por um período de dois (2) anos após a segunda violação, com a exceção no número 3. Abaixo; e, *Permanentemente para a terceira ocasião de quaisquer violações intencionais do programa.**

2. Indivíduos identificados por um tribunal local, estadual ou federal por terem usado ou recebido benefícios do SNAP em uma transação envolvendo a venda de armas de fogo, munição ou explosivos serão permanentemente inelegíveis para o programa SNAP na primeira ocasião de tal violação.

3. Indivíduos identificados pelo Departamento por terem feito, ou terem sido condenados em um tribunal estadual ou federal por terem feito uma declaração ou representação fraudulenta com respeito à sua identidade ou

local de residência a fim de receberem múltiplos benefícios simultaneamente sob o programa SNAP seriam inelegíveis para participarem no programa por um período de dez (10) anos.

4. Indivíduos identificados como culpados por um tribunal por usarem ou receberem benefícios em uma transação envolvendo a venda de uma substância controlada não serão elegíveis para benefícios por dois anos pela primeira infração e permanentemente pela segunda infração.

5. Indivíduos identificados como culpados por um tribunal por comprarem e venderem drogas ilegais ou certas drogas sujeitas à receita médica em troca de benefícios do SNAP serão proibidos de participarem no SNAP por 24 meses pela primeira infração e permanentemente pela segunda infração.

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

NÃO dê falsas informações ou esconda informações para obter ou continuar a obter benefícios do SNAP.

NÃO troque ou venda cartões de EBT.

NÃO use benefícios do SNAP para comprar itens inelegíveis, como bebidas alcoólicas e tabaco.

NÃO use o cartão EBT de outra pessoa para o seu domicílio.

NÃO pague por alimentos comprados a crédito com benefícios do SNAP.

Fazer isto pode resultar na desqualificação do programa.

O DHS pode usar ou compartilhar 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 lei estadual e federal, contrato e regulamentação.

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 esconder ou dar falsas informações ou quebrar quaisquer das regras listadas nesta Advertência de Penalidades.

**** Assinatura requerida ****

Ao assinar esta solicitação, certifico sob pena de perjúrio, que li (ou leram para mim) e entendo a Notificação de Direitos, Responsabilidades e Penalidades, e que as minhas respostas estão corretas e completas salvo melhor credo e juízo. Tenho ciência de que, sob as Leis Gerais do Estado de RI, Seção 40-6-15, uma multa máxima de \$1.000 ou encarceramento por até 5 anos, ou ambos, podem ser impostos a uma pessoa que obtenha, tente obter, ou ajude ou incentive qualquer pessoa a obter assistência pública para a qual não tenha direito ou que deliberadamente falhe a relatar renda, recursos ou circunstâncias pessoais ou aumentos aqui que excedam o valor previamente relatado.

Assinatura do requerente ou beneficiário	Data	Assinatura do representante autorizado	Data
Assinatura do(a) esposo(a) ou outro pai/mãe da(s) criança(s)	Data	Assinatura da pessoa ajudando-o a preencher este formulário	Data
Assinatura do tutor, curador ou detentor da procuração	Data	Assinatura do Representante da Agência	Data

DOCUMENTOS QUE VOCÊ PODE PRECISAR PARA A APROVAÇÃO DO BENEFÍCIO

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

COPIE somente os documentos necessários para preencher a sua solicitação ou recertificação.

Para uma ENTREVISTA POR TELEFONE, você deve enviar cópias dos documentos necessários ao funcionário do DHS ANTES da data programada da entrevista.

Para uma ENTREVISTA NO ESCRITÓRIO, TRAGA os documentos necessários com você.

Se precisar obter ou copiar quaisquer destes documentos, telefone para o funcionário do DHS listado na sua carta de compromisso, ou visite sua agência local de ação comunitária. Veja o verso da solicitação para locais e números para contato.

VERIFICAÇÃO DE:

DOCUMENTOS QUE VOCÊ PODE PRECISAR:

PENSÃO ALIMENTÍCIA PAGA

Uma cópia da ordem judicial e comprovação do valor pago, tal como um cheque compensado ou uma declaração por escrito.

DESPESAS DE CUIDADOS COM DEPENDENTES

Recibo mostrando seu gasto com despesas de cuidados com crianças/ adultos.

RENDA GANHA

Contracheques mais recentes (4 ou mais semanas), incluindo gorjetas e Comissões, se aplicável, ou uma carta do seu empregador mostrando renda bruta e horas trabalhadas (autônomos – declarações antigas de imposto de renda).

IDENTIFICAÇÃO

Um requerente e/ou representante autorizado precisarão, no mínimo, UMA forma de identificação, como: passaporte ou certificado de naturalização; carteira de motorista; certidão de nascimento; título de eleitor; carteira de identidade do estado de RI ou militar; carteira de identidade escolar ou de trabalho; carteira de benefício de saúde ou carteira da biblioteca. É necessário um número do Social Security para todos os residentes do domicílio solicitando o benefício. (não são necessárias as carteiras de Social Security.)

STATUS DE IMIGRAÇÃO

Caso NÃO seja um CIDADÃO, é necessário e pode ser preciso informações do patrocínio.

DESPESAS MÉDICAS

INDIVÍDUOS COM UMA DEFICIÊNCIA OU IDADE IGUAL OU SUPERIOR A 60: custos médicos, incluindo contas médicas NÃO REEMBOLSADAS, custos com receitas, carteira do Medicare mostrando cobertura da “Part-B” e “Part-D”.

RESIDÊNCIA

Um documento indicando o endereço atual (ex: conta de utilidade pública, extrato bancário, etc.)

RECURSOS

Em ALGUNS CASOS, os recursos podem aplicar. Eles incluem a verificação de recursos líquidos, extratos bancários, ações e certificados de títulos e comprovação de propriedade. Pode ser necessário o registro de veículo.

CUSTOS COM ABRIGO

Recibo de aluguel, extrato de pagamento de hipoteca, contrato de aluguel/lease, demonstrativo de HUD, declaração de uma pessoa que divida custos de abrigo, contas de serviços públicos, declaração da empresa de serviços públicos, declaração do senhorio.

RENDA ESTUDANTIL (EMPRÉSTIMO / SUBSÍDIO / BOLSA DE ESTUDOS) RENDA NÃO GANHA

Pode ser necessário que um requerente apresente verificação de despesas de educação incluindo, mas não limitado a, mensalidade e taxas.

Cópia mais recente da carta de concessão do Social Security; prova de desemprego; indenização por acidente de trabalho; pensão; pensão alimentícia; TDI; renda proveniente de aluguel; dividendos ou qualquer renda de juros; subsídio proveniente de adoção; crédito do imposto sobre os rendimentos do trabalho; renda proveniente de guarda temporária; empréstimos escolares, subsídios, bolsas de estudo; assistência fora do âmbito estadual.

O que acontece a seguir?

APRESENTE SOMENTE AS PÁGINAS 1-14 DA SOLICITAÇÃO – GUARDE TODAS AS “FOLHAS DE RECURSOS”, SALVO INSTRUÇÕES EM CONTRÁRIO DO FUNCIONÁRIO DO DHS. Uma vez que você tenha apresentado uma solicitação para benefícios do SNAP, o Departamento de Serviços Humanos (DHS) tem 30 dias para determinar sua elegibilidade. Se você tiver menos que \$100 em dinheiro, e menos que \$150 em ganhos mensais, ou se as despesas da sua casa excederem sua renda mensal, o DHS é obrigado a rever sua solicitação e tomar uma decisão dentro de 7 dias.

1. Você precisa ter uma entrevista com o DHS
2. Você receberá uma notificação pelo correio lhe informando a data e o horário da entrevista.
 - Se você solicitou uma entrevista pelo telefone, o funcionário do DHS lhe telefonará no número que você forneceu na solicitação.
 - Se você solicitou uma entrevista no escritório, vá ao escritório apropriado na hora da sua entrevista
 - Se não puder comparecer à entrevista (por telefone ou no escritório) na data e horário marcados, telefone imediatamente para reagendar.
3. Você precisará juntar documentos que verifiquem a sua situação. Você pode fornecer fotocópias.
 - Se tiver uma entrevista por telefone, envie seus documentos pelo correio ou por fax antes da entrevista
 - Se tiver uma entrevista no escritório, traga seus documentos com você para o escritório.
 - Se lhe for pedido para prover mais documentação, você tem dez dias para mandá-la para o DHS.
4. Se você for aprovado, lhe será dado ou enviado pelo correio um cartão EBT e lhe será solicitado para selecionar seu número de identificação pessoal.
5. Caso seja recusado, você tem o direito de recorrer da decisão. Fale com o funcionário do DHS sobre isto.

Seu escritório do DHS depende de onde você mora:

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

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

PROVIDENCE, 206 Elmwood Avenue, Providence, RI 02907, 415-8200 (fone), 415-8349 (fax), se você mora em: Cranston, Johnston, Providence, Scituate

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

WARWICK, 195 Buttonwoods Ave, Warwick, RI 02886, 736-1400 (fone), 736-1443 (fax), se você mora em: Warwick, West Warwick

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

SOLICITAÇÃO DO SNAP

DIRETRIZES DE RENDA DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À NUTRIÇÃO SUPLEMENTAR (SNAP) (Conhecido anteriormente como Programa de cupons de alimentação)

OBTENHA OS FATOS NO SNAP

A maioria dos domicílios requerentes pode ser determinada categoricamente elegível para o SNAP se a renda bruta do domicílio for igual ou menor que 185% do nível de pobreza federal. Além disso, domicílios que tiverem um residente com mais de 59 anos de idade ou que seja deficiente com renda bruta do domicílio igual ou abaixo de 200% do nível de pobreza federal pode ser determinado categoricamente elegível. Todos os domicílios devem receber um TANF – serviço financiado tal como o Departamento de Publicação de Informações de Serviços Humanos de RI para ser categoricamente elegível. Os limites da renda bruta mensal listados abaixo são de 1º de outubro de 2014 até 30 de setembro de 2015 e são ajustados anualmente.

Limites de renda bruta mensal do SNAP 2014-2015			
Tamanho do domicílio	100% Renda líquida FPL	Categoricamente elegíveis 185% Renda bruta FPL	Domicílios com idosos e deficientes 200% Renda bruta FPL
1	\$ 973	\$1,800	\$1,946
2	\$1,311	\$2,425	\$2,622
3	\$1,650	\$3,053	\$3,300
4	\$1,988	\$3,678	\$3,976
5	\$2,326	\$4,303	\$4,652
6	\$2,665	\$4,930	\$5,330
Cada adicional	+\$339	+ \$627	+ \$678

Um domicílio que atenda as diretrizes de renda bruta conforme listado acima precisa, então, atender a diretriz de renda líquida a fim de receber um benefício mensal do SNAP. A renda líquida é calculada como renda bruta menos deduções permissíveis.

As seguintes deduções serão permitidas na determinação da renda líquida:

- Uma dedução padrão baseada no tamanho do domicílio
- Uma dedução da renda auferida (20% da renda auferida)
- O custo com assistência a filhos/dependentes
- Uma porção das despesas com abrigo até um valor padrão
- Domicílios onde alguém seja idoso ou deficiente também podem deduzir uma porção de suas despesas médicas mensais

Nota importante referente à elegibilidade: uma pequena porcentagem dos domicílios requerentes pode qualificar para o SNAP, mas não ser determinada como categoricamente elegível. Estes podem incluir domicílios com idosos e deficientes, cuja renda seja acima de 200% do FPL, assim como domicílios sancionados pelo DHS por uma violação do programa. Tais requerentes devem entrar em contato com o Departamento de Serviços Humanos de Rhode Island pelo telefone 401-462-5300 para obter mais informações sobre elegibilidade.

Assistência à solicitação do SNAP

1-866-306-0270

<http://www.eatbettertoday.com>



Os funcionários do SNAP Outreach estão disponíveis para responder perguntas sobre o SNAP, ajudá-lo a descobrir se você pode ser elegível e a preencher a solicitação do SNAP. Eles ficarão contentes em conversar com você sobre a sua situação ou como prestar suporte a um amigo ou ente querido. Caso tenha quaisquer perguntas, ligue para o telefone listado acima.

Linha direta à nutrição ED - SNAP



Ligue para a nossa linha de auxílio pelo telefone **1-877-Food-URI** para conselhos sobre alimentação saudável, receitas baratas e dicas para esticar o orçamento. Você também pode solicitar o nosso panfleto listando os locais de centros de refeições e bancos de alimentos.

Se você recebe benefícios, pode ser elegível a uma conta elétrica ou de telefone mais baixa

Programa de assistência pelo telefone da linha de auxílio

Se for considerado elegível para os benefícios do SNAP, você pode ser elegível para receber um desconto mensal na sua conta de telefone. Para mais informações sobre como obter o desconto, entre em contato com a **linha de auxílio do DHS pelo telefone 401-462-5300.**



Assistência a transações EBT



Verifique seus saldos e instruções online do SNAP e RIWORKS EBT a qualquer hora, a qualquer dia, de qualquer computador. Apenas faça o login neste site: <http://www.ebtedge.com> e clique em **“Cardholder Login”** ou **ligue para 1-888-979-9939**

Assistência à eletricidade

A National Grid oferece uma taxa com desconto a todos os beneficiários elegíveis ao SNAP. Para obter desconto no serviço público, apresente a cópia mais recente da sua elegibilidade ao SNAP à National Grid. Para mais informações sobre como obter este desconto, entre em contato com a **linha de auxílio do DHS pelo telefone 401-462-5300.**



Agências CAP e

Assistência ao aquecimento

<http://www.ricommunityaction.org>



Os Programas de Ação Comunitária de Rhode Island (Agências CAP) prestam serviços às famílias pobres trabalhadoras e em desvantagem econômica, tais como moradia, assistência ao aquecimento, emprego, educação, necessidades básicas e de emergência e serviços financeiros. Ligue para a sua agência CAP local para assistência:

		Escritório
Blackstone Valley CAP	723-4520	Pawtucket
Comprehensive CAP	467-9610	Cranston
Lower East Bay CAP	437-1000	Newport
Upper East Bay CAP	847-7821	E. Providence
Family Resources	766-0900	Woonsocket
Providence CAP	273-2000	Providence
South County CAP	789-3016	Wakefield
Tri Town CAP	351-2750	Johnston
West Bay CAP	732-4666	Warwick

Assistência Geral: United Way 2-1-1



Programas pós-escolares; recursos para o mal de Alzheimer; necessidades básicas- alimentos, vestuário, abrigo, etc; assistência à infância/ serviços à saúde infantil; proteção ao consumidor; aconselhamento; intervenção a crises; serviços a deficientes; programas contra a violência doméstica; doação de alimentos, vestuário, mobília, etc; abrigo de emergência; assistência a familiar; assistência financeira; assistência à serviços públicos / energia; aconselhamento saúde/ seguro; teste de HIV/AIDS; privação de habitação; assistência à moradia ou aluguel; formação profissional; assistência jurídica; oportunidades de mentoria; programas de educação para pais; problemas de vício em jogos; serviços a idosos/ assistência a idosos; programas para abuso de substâncias; prevenção de suicídio; assistência ao transporte; serviços a veteranos; oportunidades para voluntários e muito mais... Ligue para 211.

Idosos e adultos com deficiências

THE POINT dá informações, referências e ajuda para iniciar com programas e serviços para idosos, adultos com deficiências e seus cuidadores. **Ligue para 401-462-4444.**

Escritório executivo de serviços humanos e de saúde

401-462-2121

<http://www.eohhs.ri.gov>



Departamento de crianças, jovens e famílias
Divisão de assuntos dos idosos
Departamento de serviços humanos

- Serviços e suporte a longo prazo, médico, financeiro, alimentos e assistência infantil

Departamento de assistência à saúde comportamental, deficiências do desenvolvimento e hospitais

401-528-3502

<http://www.dcyf.ri.gov>

401-462-3000

<http://www.dea.ri.gov>

401-462-5300

<http://www.dhs.ri.gov>

401-462-3201

<http://www.bhddh.ri.gov>

Provedores de serviços estaduais: Coalizão de RI contra a violência doméstica 401-467-9940; Coalizão de RI para os desabrigados 401-721-5685; Linha de auxílio 24 horas por dia para vítimas de crimes 1-800-494-8100; State Relay Disque 7-1-1



Notificação a requerentes registrando para votar em Rhode Island

O Conselho Estadual eleitoral encoraja todos os seus cidadãos a se registrarem para votar. O seu voto beneficiará a você e à sua família.

Um formulário para registro de eleitor está incluído neste pacote de formulários. Caso queira se registrar para votar, preencha e assine o formulário e envie-o para o seu Conselho local de cabos eleitorais (diretório listado no verso do formulário).

Registre-se para votar

- Se não estiver registrado para votar onde você mora atualmente, preencha o formulário em anexo.
- A inscrição ou a recusa para inscrever-se para votar não afetará o valor da assistência fornecida por esta agência.
- Caso queira ajuda para preencher o formulário de solicitação para registro de eleitores, você pode trazê-lo com você ao retornar os outros formulários preenchidos neste pacote, ou ir ao Conselho local de cabos eleitorais na cidade/município onde você mora. (O diretório de cidades/municípios está no verso do formulário de registro de eleitores.) A decisão de buscar ou aceitar ajuda é sua.
- Se achar que alguém interferiu no seu direito de se registrar ou de se recusar a registrar para votar, seu direito à privacidade quanto à decisão de se registrar ou de se inscrever para se registrar como eleitor, ou seu direito a escolher seu próprio partido político ou outra preferência política, você pode apresentar uma queixa junto ao Voter Registration Coordinator, 50 Branch Avenue, Providence, RI, 02904 ou (401)222-2345.



RHODE ISLAND FORMULÁRIO DE REGISTRO DE ELEITORES

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

VOCÊ PODE USAR ESTE FORMULÁRIO PARA:

- Registrar-se para votar em Rhode Island.
- Modificar 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 em Rhode Island.
- Um 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 utilizando este formulário. Se você não marcar uma destas caixas, este formulário lhe será devolvido. Se você marcou NO (NÃO) em qualquer destas afirmações, não preencha este formulário.

Caixa 3: Se você está 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 do documento de identidade estadual emitido 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. Formas aceitáveis de identificação estão no site do Conselho Eleitoral <http://www.elections.ri.gov> ou entre em contato com o seu Conselho local de cabos eleitorais (veja o verso deste formulário).

Caixa 5: Uma pessoa pode ter apenas uma residência legal. Você precisa registrar a partir 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 afiliar para votar, escolha um partido. Se deixar a Caixa 9 em branco, você será listado como não afiliado.

Caixa 10: Você deve ASSINAR e DATAR o formulário de registro. Se 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, insira seu antigo nome legal.

Caixa 12: Se você estiver atualizando o seu registro de eleitor por mudança de endereço, insira seu antigo endereço, **mesmo que seja de fora do 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 local de cabos eleitorais (veja o verso para 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 local de cabos eleitorais (veja o verso para a lista).

(Este formulário pode ser reproduzido)

1. Marque as caixas que se aplicam <input type="checkbox"/> Registro de novo eleitor <input type="checkbox"/> Mudança de endereço <input type="checkbox"/> Mudança de partido <input type="checkbox"/> Modificação do nome	
2. 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) Caso tenha marcado Não para qualquer uma destas afirmações, não preencha este formulário.	3. Número do documento de identidade ou de da carteira de motorista de RI: <input type="text"/> Caso não tenha um documento de identidade ou uma carteira de motorista de RI, insira os 4 últimos: <input type="text"/> Se não inserir nenhum número, veja as instruções para a Caixa 3.
4. Sobrenome <input type="text"/> Sufixo (se existir) <input type="text"/>	Nome <input type="text"/>
5. Endereço residencial (Não insira caixa postal) <input type="text"/>	Apt. <input type="text"/> Cidade/Município <input type="text"/> Estado <input type="text"/> CEP <input type="text"/>
6. Endereço para correspondência (se diferente da Caixa 5) <input type="text"/>	Apt. <input type="text"/> Cidade/Município <input type="text"/> Estado <input type="text"/> CEP <input type="text"/>
7. Data de nascimento (mm/dd/aaaa) <input type="text"/>	8. Nº do telefone/Endereço de e-mail (opcional) <input type="text"/>
Mês <input type="text"/> Dia <input type="text"/> Ano <input type="text"/>	9. Afiliação ao partido <input type="checkbox"/> Americans Elect <input type="checkbox"/> Democrat <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Republican <input type="checkbox"/> Não afiliado <input type="checkbox"/> Outro <input type="text"/>
10. Eu juro ou afirmo que: - 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, (caso não seja cidadão americano) deportado ou banido de entrar nos Estados Unidos.	
ASSINE O NOME COMPLETO OU MARQUE ABAIXO <input type="text"/> Data da assinatura: <input type="text"/> (mm/dd/aaaa) Você está interessado em trabalhar nas apurações? (marque a caixa abaixo) <input type="checkbox"/>	
Advertência: Caso assine este formulário e saiba que ele é falso, você pode ser condenado e multado até \$5.000 ou preso por até 10 anos.	
11. NOME ANTERIOR (se diferente da Caixa 4) <input type="text"/>	12. ENDEREÇO ANTIGO DE REGISTRO (Cidade/Município, Estado, CEP e País) <input type="text"/>

Endereço de retorno



Postagem necessária. Os correios não entregarão sem a devida

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 de baixo ao topo do formulário.
2. Da lista abaixo, localize o endereço do conselho de cabos eleitorais na cidade ou município no qual você está se registrando para votar e insira aquele endereço no espaço devido sob "Mail to: BOARD OF CANVASSERS" no lado endereçado do formulário de registro de eleitor.
Insira seu endereço de retorno no espaço devido.

NOTIFICAÇÃO: É contra a lei que qualquer pessoa interfira com a sua privacidade para se registrar para votar ou escolher um partido político. Se achar que alguém interferiu no seu direito de se registrar ou não, ou com sua privacidade quanto a tomar esta decisão, ou a escolher um partido político, você pode apresentar uma queixa junto ao State Board of Elections, 50 Branch Avenue, Providence, Rhode Island 02904.

CONSELHOS LOCAIS DE CABOS ELEITORAIS

Table with 4 columns listing local election boards and their addresses across Rhode Island, including Barrington, Bristol, Burrillville, Central Falls, Charlestown, Coventry, Cranston, Cumberland, East Greenwich, East Providence, Exeter, Foster, Gloucester, Hopkinton, Jamestown, Johnston, Lincoln, Little Compton, Middletown, Narragansett, Newport, North Providence, North Smithfield, Pawtucket, Portsmouth, Providence, Richmond, Scituate, Smithfield, S. Kingstown, Tiverton, Warren, Warwick, W. Greenwich, West Warwick, and Westerly.

Perguntas sobre o registro de eleitores podem ser endereçadas para:

Rhode Island Board of Elections
50 Branch Avenue
Providence, RI 02904E
elections@elections.ri.gov