



DEPARTAMENTO DE SERVIÇOS HUMANOS DE RHODE ISLAND
Formulário de Relatório de Atividades Combinadas do ABAWD

Seção 1: Informações do Participante

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone: _____ Número do caso RIBridges (se conhecido): _____ E-mail (opcional): _____

Seção 2: Registro de Atividades de Trabalho / Escola / Treinamento / Voluntariado

Este formulário, que deve ser fornecido às agências com as quais você está trabalhando e assinado por você e pelo supervisor da agência como comprovação da sua participação, deve ser devolvido no momento da sua solicitação, revisão intermediária ou recertificação. As horas de atividades que você informar e comprovar contarão para o total obrigatório de 80 horas mensais. Quaisquer alterações nessas horas devem ser informadas ao Departamento de Serviços Humanos dentro de 10 dias.

***Sob pena de perjúrio, declaro que todas as informações contidas neste formulário são verdadeiras.
Entendo que estarei infringindo a lei se fornecer informações falsas e que posso ser punido(a) de acordo com a lei federal, estadual ou ambas.***

Tipo de Atividade	Localização	Total de Horas/Mês	Assinatura do supervisor

(Você pode anexar outra folha para anotações adicionais)

Seção 3: Certificação

***Sob pena de perjúrio, declaro que todas as informações contidas neste formulário são verdadeiras.
Entendo que estarei infringindo a lei se fornecer informações falsas e que posso ser punido(a) de acordo com a lei federal, estadual ou ambas.***

Assinatura do participante: _____ Data: _____

Seção 4: Instruções para Envio

Envie o formulário preenchido e assinado por um dos meios abaixo:

- ♦ Pelo correio: RI Department of Human Services, P.O. Box 8709, Cranston, RI 02920-8787;
- ♦ Entrega presencial ou em uma caixa de coleta em um escritório listado em: <https://dhs.ri.gov/about-us/dhs-offices> ;

♦ Acesse sua conta no Portal do Cliente e envie em: <http://www.healthyrhode.ri.gov> ; ou

♦ Pelo aplicativo móvel HealthyRhode na App Store ou Google Play. Dúvidas:
ligue para 1-855-MY-RIDHS (1-855-697-4347)

Nota: Se você estiver solicitando ou recertificando benefícios neste momento, pode enviar este formulário preenchido e assinado juntamente com sua solicitação ou documentos de renovação do DHS.