

## CANDIDATURA PARA

# Cobertura de cuidados de saúde

*(e para saber se pode obter ajuda com as despesas)*

<p><b>Utilize esta candidatura para ver qual a cobertura de cuidados de saúde para que é elegível:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cobertura de cuidados de saúde gratuita ou de custo reduzido da Assistência Médica de Rhode Island ou do Programa de Seguro de Saúde para Crianças (Children’s Health Insurance Program – CHIP)</li> <li>• Um novo crédito fiscal pode ajudá-lo a pagar os prémios dos seus cuidados de saúde</li> <li>• Planos de saúde privados</li> </ul>
<p><b>Candidate-se mais rapidamente online:</b></p>	<p><b>Candidate-se mais rapidamente online em <a href="http://www.healthsourceri.com">www.healthsourceri.com</a>, <a href="http://www.dhs.ri.gov">www.dhs.ri.gov</a> ou <a href="http://www.ohhs.ri.gov">www.ohhs.ri.gov</a></b></p> <p>Esta candidatura contém todas as questões que encontrará online, no nosso website. Existem várias páginas repetidas, de modo a servir para famílias maiores. Procure as notas na parte superior das secções, para ver se pode ignorar a secção.</p>
<p><b>Informações de que necessita para se candidatar:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Números de segurança social</li> <li>• Datas de nascimento</li> <li>• Número de passaporte, de residente estrangeiro ou de outros documentos de imigração para imigrantes legais que necessitem de cobertura de cuidados de saúde</li> <li>• Declarações fiscais de rendimentos anteriores, informação sobre rendimentos para todos os adultos e menores com menos de 19 anos que sejam obrigados a apresentar uma declaração de rendimentos</li> <li>• Informação sobre a cobertura de cuidados de saúde disponível para a sua família</li> <li>• Impressos W-2</li> <li>• Impressos 1099</li> <li>• Informação do seguro de saúde do seu empregador atual, mesmo se não estiver incluído no plano de seguro do seu empregador</li> </ul>
<p><b>Por que pedimos tanta informação?</b></p>	<p>Precisamos da informação que se segue de modo a determinar qual a cobertura de cuidados de saúde para a qual é elegível. Manteremos a confidencialidade da informação que facultar, como exigido por lei.</p>
<p><b>Envie a sua candidatura preenchida e assinada para:</b></p>	<p>HealthSource RI HZD Mailroom 74 West Road, Suite 900 Cranston, RI 02920-8413</p>
<p><b>Obtenha ajuda com esta candidatura:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Online: <a href="http://www.healthsourceri.com">www.healthsourceri.com</a>, <a href="http://www.dhs.ri.gov">www.dhs.ri.gov</a> ou <a href="http://www.ohhs.ri.gov">www.ohhs.ri.gov</a></li> <li>• Telefone: Ligue para o centro de apoio ao cliente através do 1-855-609-3304 ou 1-888-657-3173 (TTY)</li> <li>• Pessoalmente: Para obter assistência pessoal relativamente à candidatura, visite <a href="http://www.healthsourceri.com">www.healthsourceri.com</a>, <a href="http://www.dhs.ri.gov">www.dhs.ri.gov</a> ou <a href="http://www.ohhs.ri.gov">www.ohhs.ri.gov</a> ou visite 70 Royal Little Drive, Providence RI (de segunda-feira a sábado, das 8:00 às 21:00, e domingos das 12:00 às 18:00)</li> </ul>

## Definições

**HealthSource RI:** A HealthSource RI é o intercâmbio de benefícios de saúde de Rhode Island. É o novo método para as pessoas, famílias e pequenas empresas em Rhode Island compararem e subscreverem uma cobertura de cuidados de saúde e obterem acesso a créditos fiscais e a uma partilha de custos reduzida. A HealthSource RI pode, de igual modo, disponibilizar informação sobre e ajuda com a inscrição em programas públicos, como o Programa de Assistência Médica de Rhode Island (Rhode Island Medical Assistance). Pode aceder à HealthSource RI através da Internet, por telefone ou pessoalmente.

**Prémio:** Um prémio é o montante que paga todos os meses pelo seu seguro de saúde, quer esteja em boas condições de saúde ou doente.

**QHP:** QHP significa Plano de Saúde Qualificado (Qualified Health Plan). Esta designação atesta que um plano está em conformidade com as normas de Rhode Island relativamente a seguros de saúde. Todos os planos devem cobrir consultas médicas, internamento, receitas e cuidados de saúde mentais.

**Dedutível:** Um montante dedutível é a quantia em dívida, relativamente a determinados serviços de saúde, antes de o seu seguro de saúde começar a pagar. Por exemplo, se o seu montante dedutível for de 1000 \$, e necessitar de ser operado ao joelho, paga os primeiros 1000 \$ da fatura. Após esta situação, o seu plano de saúde começa a pagar o custo dos seus cuidados.

**APTC:** APTC significa Crédito Fiscal Antecipado para Prémios (Advance Premium Tax Credit). Consoante o seu rendimento, poderá ser elegível para um crédito fiscal federal para ajudar a suportar o custo do prémio do seu seguro de saúde. Ao invés de aguardar para solicitar o crédito quando apresenta a sua declaração de rendimentos, pode receber o crédito «antecipadamente», todos os meses, para o ajudar a pagar o seu prémio mensal. O Crédito Fiscal Antecipado para Prémios é pago, diretamente, à sua seguradora.

**Reduções de Partilha de Custos:** Alguns habitantes de Rhode Island serão elegíveis para reduções de partilha de custos. Estas ajudam-no a pagar o custo de consultar um médico ou da obtenção de um serviço de cuidados de saúde.

**Cobertura Mínima Essencial:** É o tipo de cobertura que uma pessoa necessita de ter para cumprir o requisito de responsabilidade individual ao abrigo da Lei de Cuidados de Saúde Acessíveis (Affordable Care Act). Tal inclui apólices individuais contratadas, cobertura através da atividade profissional, Medicare, Medicaid, Programa de Seguro de Saúde para Crianças (Children's Health Insurance Program – CHIP), TRICARE e outras coberturas que abranjam os benefícios de saúde essenciais.

**Norma de Valor Mínimo:** Um plano de saúde está em conformidade com a «norma de valor mínimo» caso a participação do plano nos custos totais dos benefícios cobertos não seja inferior a 60% de tais custos. Caso não tenha acesso a qualquer cobertura de saúde que esteja em conformidade com a norma de valor mínimo, pode ser elegível para créditos fiscais para o ajudar a cobrir o custo do seguro.

**Requisito de Responsabilidade Individual:** Com início em 2014, o requisito de responsabilidade individual partilhada exige que cada pessoa tenha uma cobertura de cuidados de saúde essenciais mínima (designada por cobertura essencial mínima) para todos os meses, seja elegível para isenção, ou efetue um pagamento quando apresenta a respetiva declaração fiscal federal de rendimentos.

**Assistência Médica de Rhode Island:** Programas de cobertura de cuidados de saúde pública para residentes elegíveis de Rhode Island. Assistência Médica de Rhode Island (Rhode Island Medical Assistance) é o nome utilizado em Rhode Island para a Medicaid, para o Programa de Seguro de Saúde para Crianças (Children's Health Insurance Program – CHIP) e para programas de cuidados de saúde financiados exclusivamente pelo estado.

# Cobertura de cuidados de saúde Direitos e Responsabilidades

## **Os seus direitos para todos os programas de cobertura de cuidados de saúde. A HealthSource RI e o Gabinete Executivo de Saúde e Serviços Humanos (Executive Office of Health and Human Services – EOHHS) de Rhode Island (a agência de Medicaid estadual) devem:**

**Ajudá-lo a preencher todos os formulários solicitados:** Pode contactar a HealthSource RI ou o EOHS para obter assistência.

**Disponibilizar serviços de interpretação ou de tradução, sem custos para si, nas suas comunicações com a HealthSource RI ou com o EOHS.**

Em conformidade com as leis federais e estaduais e com a política do Ministério da Saúde e de Serviços Humanos (Health and Human Services – HHS), **esta instituição está proibida de discriminar com base em etnia, cor da pele, nacionalidade (pessoas com conhecimentos limitados de inglês), idade, sexo, incapacidade, religião, identidade sexual ou convicções políticas.** Para apresentar uma queixa relativamente a discriminação, contacte o HHS. Escreva para HHS, Director, Office for Civil Rights, Room 506-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington D.C. 20201 ou ligue para o (202) 619-0403 (voz) ou (202) 619-3257 (TDD). O HHS é um fornecedor e empregador que respeita a igualdade de oportunidades.

## **As suas responsabilidades para todos os programas de cobertura de cuidados de saúde. Deve:**

**Fornecer o número de segurança social (SSN).** Deve disponibilizar o número de segurança social (Social Security number – SNN) de todas as pessoas que pertençam ao seu agregado familiar, incluindo o seu, que se candidatem a cobertura de cuidados de saúde, incluindo Assistência Médica de Rhode Island, Créditos Fiscais Antecipados para Prémios (Advance Premium Tax Credits – APTC) e reduções de partilha de custos (Cost Sharing Reductions – CSR), ao abrigo da Lei Federal (secção 45 do Código de Regulamentos Federais, cláusula 155.305, e secção 42 do Código de Regulamentos Federais, cláusula 435.910).

Os números de segurança social são utilizados para verificar a identidade, cidadania, estatuto de estrangeiro e rendimentos,

bem como para evitar fraudes e verificar os pedidos de cuidados de saúde. Utilizamos também a informação do número de segurança social com outras agências federais e estaduais, incluindo o Serviço de Finanças (Internal Revenue Service), para efetuar a gestão dos nossos programas e respeitar a lei.

**Se assim for solicitado pela agência,** faculte qualquer informação ou prova necessária para decidir a sua elegibilidade.

**Comunique alterações quanto a rendimentos, tamanho do agregado familiar ou de outras informações constantes na candidatura,** assim que possível.

## **Informações de que deve ter conhecimento sobre todos os programas de cobertura de cuidados de saúde:**

**Existem determinadas leis estaduais e federais** que regem o funcionamento da HealthSource RI e do EOHS, os seus direitos e responsabilidades enquanto utilizador da HealthSource RI e a cobertura obtida através da HealthSource RI ou do EOHS. Ao preencher esta candidatura, aceita cumprir tais leis e a cobertura obtida por este meio.

**A Lei Nacional de Recenseamento Eleitoral (National Voter Registration Act) de 1973** exige que todos os estados disponibilizem assistência no recenseamento eleitoral através dos respetivos departamentos de assistência pública. O recenseamento eleitoral, ou ausência deste, não afetará os serviços ou benefícios que receberá desta agência. Pode efetuar o recenseamento eleitoral em <http://www.elections.ri.gov/voting/registration.php>.

**Pode solicitar um recurso,** caso não esteja de acordo com uma deliberação relativa à elegibilidade que afete a sua elegibilidade para um plano de saúde, subsídios fiscais ou reduções de partilha de custos. De acordo com a nova regra proposta do EOHS «Queixas e audiências n.º 0110» (Complaints and Hearings #0110), pode interpor um recurso quanto a esta deliberação e o assunto será analisado por um conselheiro auditor. Deve interpor o recurso no prazo de 30 dias após receção da notificação que pretende contestar. Pode, de igual modo, dispor da oportunidade de resolver o assunto através de um processo de resolução informal. Pode obter mais informações sobre o processo de recursos visitando [www.healthsourceri.com](http://www.healthsourceri.com), [www.dhs.ri.gov](http://www.dhs.ri.gov) ou [www.ohhs.ri.gov](http://www.ohhs.ri.gov) ou ligando para o Centro de Contacto da HealthSource RI através do 1-855-609-3304.

Se o recurso for devido a uma decisão sobre cobertura de Assistência Médica de Rhode Island, que não seja resolvida através de uma análise do processo, será agendada uma audiência administrativa.

**Pode candidatar-se a serviços de obrigatoriedade de apoio através do Departamento de Serviços Sociais de Menores (Office of Child Support Services).** Para obter uma candidatura para estes serviços, acesse a <http://www.cse.ri.gov/> ou visite a delegação local do Departamento de Serviços Sociais de Menores (Office of Child Support Services) em 77 Dorrance St, Providence RI 02903.

**As restrições da Lei de Portabilidade e Responsabilidade de Seguros de Saúde (Health Insurance Portability and Accountability Act – HIPAA)** impedem-nos de debater a sua informação de saúde, ou a de qualquer membro do seu agregado familiar, com outra pessoa, incluindo um representante autorizado, exceto se essa pessoa estiver na posse de uma procuração ou caso um formulário de autorização tenha sido assinado por si a permitir a divulgação de tal informação. Isto inclui a divulgação de informação sobre a saúde mental, resultados de testes de VIH, SIDA, DST, tratamentos e serviços de dependência química.

**A informação que fornecer à HealthSource RI ou ao EOHHS** está sujeita a ser verificada por representantes federais e estaduais. De modo a analisar a sua candidatura e determinar se é elegível para receber apoio financeiro, a HealthSource RI e o EOHHS devem obter informações financeiras confidenciais, e outras, de agências federais e estaduais. Este processo pode incluir também contactos de acompanhamento por parte de funcionários da agência.

**O seu vencimento e dados de emprego** também serão verificados pela HealthSource RI e pelo EOHHS junto do Ministério do Trabalho e Formação (Department of Labor and Training) de Rhode Island. A concessão desta autorização ajudará a simplificar o processo de candidatura e de deliberação.

**A sua informação pessoal será protegida como descrito na Política de Privacidade da HealthSource RI, a qual lhe será disponibilizada como parte deste processo de candidatura.**

**A HealthSource RI e o EOHHS não são responsáveis pela administração do seu plano de seguro de saúde.** O seu fornecedor de seguro de saúde pode facultar-lhe mais informações sobre os seus benefícios.

**Se tiver questões sobre os termos do seu plano de seguro de saúde, incluindo quais os benefícios para que é elegível, despesas do seu bolso ao abrigo do plano, e sobre como efetuar um pedido de benefícios ou interpor um recurso relativamente à recusa de benefícios, deve contactar o seu fornecedor de seguro de saúde.** Se for elegível para o COBRA, no seguimento da

cessação de qualquer cobertura de cuidados de saúde, a administração do COBRA e o fornecimento das notificações necessárias e períodos de seleção relativamente ao COBRA são da responsabilidade do seu fornecedor ou entidade patronal anterior.

Não cancele qualquer cobertura de seguro de saúde nem rejeite quaisquer benefícios ao abrigo do COBRA até receber uma carta de aprovação e apólice de seguro, também designada por contrato ou certificado de seguro, da seguradora que selecionar. Certifique-se de que compreende e aceita os termos da apólice, prestando atenção especial à data de entrada em vigor, períodos de espera, montante de prémio, benefícios, limitações, exclusões e adendas adicionais.

## **Os seus direitos apenas para a Assistência Médica de Rhode Island. O EOHHS e a HealthSource RI devem:**

**Dar-lhe 30 dias** para facultar a informação de que necessitamos. Se não nos facultar a informação solicitada ou pedir mais tempo, poderemos negar, fechar ou alterar a sua cobertura de cuidados de saúde.

**Notificá-lo, na maioria dos casos, com, no mínimo, 10 dias** de antecedência antes de cessarmos a sua cobertura de cuidados de saúde.

**Fornecer-lhe uma deliberação por escrito**, na maioria dos casos, no prazo de 30 dias. A cobertura de cuidados de saúde e alguns casos de incapacidade poderão demorar entre 45 a 90 dias.

**Continuar a cobertura da Assistência Médica de Rhode Island** enquanto determinamos se é elegível para outro programa.

## **As suas responsabilidades apenas para com a Assistência Médica de Rhode Island. Deve:**

**Comunicar quaisquer alterações às informações indicadas na candidatura** no prazo de 10 dias a partir de tal alteração.

**Colaborar com o Departamento de Serviços Sociais de Menores (Office of Child Support Services) caso receba cobertura da Assistência Médica de Rhode Island.** Ajudar a estabelecer, modificar ou aplicar o apoio a menores para a criança, ou crianças, ao seu cuidado, e determinar a paternidade (se necessário). Se puder demonstrar que tem bons motivos para acreditar que a colaboração com o Departamento de Serviços Sociais de Menores (Office of Child Support Services) o coloca a si, aos seus filhos ou aos menores ao seu cuidado em perigo proveniente do progenitor sem custódia, pode advogar justa causa para não colaborar.

**Colaborar com os funcionários da Garantia de Qualidade**, quando solicitado.

**Candidatar-se a e envidar um esforço razoável** para obter rendimentos potenciais de outras fontes quando solicitar ou receber cobertura da Assistência Médica de Rhode Island.

## **Informações de que deve ter conhecimento apenas para a Assistência Médica de Rhode Island:**

**Ao solicitar e receber a Assistência Médica de Rhode Island**, concede, ao estado de Rhode Island, todos os direitos sobre qualquer apoio médico e sobre quaisquer pagamentos de terceiros quanto a cuidados de saúde, incluindo seguro contra acidentes de terceiros. Ao receber a Assistência Médica de Rhode Island, cede os seus direitos de apoio médico ao Departamento de Serviços Sociais de Menores (Office of Child Support Services).

**Se parar de receber a Assistência Médica de Rhode Island**, deve informar o Departamento de Serviços Sociais de Menores (Office of Child Support Services) de quaisquer informações que afetem o apoio médico, como, por exemplo, se o seu filho se tiver mudado ou caso tenha alterado o seu endereço.

**Nos termos da lei (Leis Gerais de R.I. 40-8-15), se tiver idade igual ou superior a 55 anos E receber serviços da Assistência Médica de Rhode Island**, a Medicaid pode fazer-se pagar do seu património (bens que possuir aquando do falecimento) relativamente a custos de assistência de cuidados de saúde. Esta operação designa-se por RECUPERAÇÃO DE PATRIMÓNIO. As terras tribais e determinadas propriedades que pertençam a índios americanos e a nativos do Alasca poderão ficar isentas de recuperação. Se tiver herdeiros dependentes, a recuperação de património pode não ser aplicada ou pode ser retardada, por motivos de dificuldade.

**A recuperação de património não ocorre até após a sua morte.** A Medicaid pode recuperar os custos de serviços de cuidados de saúde a longo prazo financiados apenas pelo estado e recebidos em qualquer idade.

**Poderá ficar limitado a um fornecedor de cuidados de saúde**, a uma farmácia e/ou a um hospital caso procure serviços de cuidados de saúde desnecessários de outros fornecedores.

## **Informações de que deve ter conhecimento apenas sobre planos de saúde qualificados:**

**Caso se inscreva num plano de saúde qualificado através da HealthSource RI e não facultar informações suficientes para que a HealthSource RI verifique a**

**sua elegibilidade** para subscrever um plano ou receber um plano de custo reduzido, ou, caso não seja possível verificar qualquer informação que faculte, terá 90 dias para facultar informações adicionais para satisfazer os requisitos de elegibilidade da HealthSource RI. Durante este período, deve colaborar com os funcionários da HealthSource RI para tentar facultar quaisquer informações em falta ou resolver quaisquer inconsistências, de modo a que a sua cobertura e custos aplicáveis entrem em vigor assim que possível.

**Caso se inscreva num plano de saúde qualificado através da HealthSource RI e registar uma alteração nos rendimentos**, deve notificar a HealthSource RI assim que possível. Uma alteração nos rendimentos pode alterar os créditos fiscais ou as reduções de partilha de custos para os quais seja elegível para o ajudar a pagar o seguro. Baseamos o seu crédito fiscal nos rendimentos que declara nesta candidatura. Se os seus rendimentos aumentarem, será elegível para um desconto inferior na sua cobertura de cuidados de saúde. Se não nos informar de tal alteração nos rendimentos, continuaremos a disponibilizar o mesmo desconto, todos os meses, mas terá de devolver esse montante quando apresentar a declaração de rendimentos.

Por exemplo, quando a Susana compra um seguro de saúde, recebe, aproximadamente, 30 000 \$ por ano. É elegível para um crédito fiscal de 2000 \$. Decide fazer uso deste para reduzir o custo mensal do respetivo seguro de saúde. São-lhe deduzidos 166 \$ da conta, todos os meses. Seis meses depois, a Susana consegue um emprego novo e recebe demasiado dinheiro para obter um crédito fiscal. Se não disser a ninguém, continuará a ter uma dedução de 166 \$ no seguro de saúde. Na altura da entrega da declaração de rendimentos, a Susana deverá 166 \$ por cada mês em que não era elegível para o crédito.

**Os prémios estão sujeitos a alterações** com base nas práticas de subscrição do fornecedor de seguro de saúde e na sua seleção de benefícios opcionais disponíveis, se existirem. As taxas finais são sempre determinadas pelo fornecedor do seguro de saúde.

**Os prémios são APENAS para a sua data de entrada em vigor solicitada.** Se a data de entrada em vigor real da sua apólice diferir da data de entrada em vigor solicitada, o custo real da sua apólice poderá diferir das taxas indicadas em [healthsourceri.com](http://healthsourceri.com) devido a aumentos das taxas ou alterações à apólice, por parte da seguradora, e/ou por um ou mais membros do agregado familiar fazerem anos entretanto. (As taxas dependem, substancialmente, das idades.) O fornecedor que selecionou não pode garantir quaisquer taxas, relativamente a qualquer período de tempo, até à celebração de um contrato.

# Candidatura para cobertura de cuidados de saúde

## Informação sobre si e sobre a sua família

Inclua as seguintes pessoas nesta candidatura: o próprio; respetivo cônjuge; o seu parceiro não casado que vive consigo, mas apenas se tiverem filhos em conjunto que necessitem de cobertura de cuidados de saúde; os seus filhos e qualquer outra pessoa com idade inferior a 19 de quem tome conta e viva consigo; e qualquer pessoa que inclua na sua declaração de rendimentos federal, mesmo que não viva consigo. Qualquer outra pessoa que viva consigo terá de preencher uma candidatura própria. Pode preencher uma candidatura em nome de outras pessoas, na sua família, mesmo se não necessitar de cobertura ou se não for elegível para obtê-la. Pode ignorar as questões sobre os números de segurança social de familiares que não se candidatem a cobertura.

### Candidato principal – Precisamos de um adulto da família para ser o contacto relativamente à candidatura

1. Nome próprio	Segundo nome	Apelido	Sufixo (por exemplo, Jr., I, II, etc.)
2. Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	3. Data de nascimento Mês: _____ Dia: _____ Ano: _____		
4. Está a candidatar-se a cobertura médica? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		5. Está a candidatar-se a cobertura dentária? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
6. Tem um número de segurança social? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <b>Se tiver um número de segurança social, introduza-o aqui.</b> 6a. Número de segurança social: _____		7. O meu nome é diferente no meu cartão de segurança social: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 7a. <b>Se SIM</b> , nome no cartão: _____	

### Familiar 2 – Pode ignorar as questões 13-14 se esta pessoa não estiver a candidatar-se a cobertura de cuidados de saúde

8. Nome próprio	Segundo nome	Apelido	Sufixo (por exemplo, Jr., I, II, etc.)
9. Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	10. Data de nascimento Mês: _____ Dia: _____ Ano: _____		
11. Esta pessoa está a candidatar-se a cobertura médica? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		12. Esta pessoa está a candidatar-se a cobertura dentária? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
13. Esta pessoa tem um número de segurança social? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <b>Se esta pessoa tiver um número de segurança social, introduza-o aqui.</b> 13a. Número de segurança social: _____		14. O nome desta pessoa é diferente no respetivo cartão de segurança social: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 14a. <b>Se SIM</b> , nome no cartão: _____	

### Familiar 3 – Pode ignorar as questões 20-21 se esta pessoa não estiver a candidatar-se a cobertura de cuidados de saúde

15. Nome próprio	Segundo nome	Apelido	Sufixo (por exemplo, Jr., I, II, etc.)
16. Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	17. Data de nascimento Mês: _____ Dia: _____ Ano: _____		
18. Esta pessoa está a candidatar-se a cobertura médica? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		19. Esta pessoa está a candidatar-se a cobertura dentária? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
20. Esta pessoa tem um número de segurança social? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <b>Se esta pessoa tiver um número de segurança social, introduza-o aqui.</b> 20a. Número de segurança social: _____		21. O nome desta pessoa é diferente no respetivo cartão de segurança social: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 21a. <b>Se SIM</b> , nome no cartão: _____	

### Familiar 4 – Pode ignorar as questões 27-28 se esta pessoa não estiver a candidatar-se a cobertura de cuidados de saúde

22. Nome próprio	Segundo nome	Apelido	Sufixo (por exemplo, Jr., I, II, etc.)
23. Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	24. Data de nascimento Mês: _____ Dia: _____ Ano: _____		
25. Esta pessoa está a candidatar-se a cobertura médica? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		26. Esta pessoa está a candidatar-se a cobertura dentária? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
27. Esta pessoa tem um número de segurança social? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <b>Se esta pessoa tiver um número de segurança social, introduza-o aqui.</b> 27a. Número de segurança social: _____		28. O nome desta pessoa é diferente no respetivo cartão de segurança social: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 28a. <b>Se SIM</b> , nome no cartão: _____	

## Fale-nos de si – Candidato principal

1. Nome próprio		Segundo nome		Apelido		Sufixo (por exemplo, Jr., I, II, etc.)	
1a. Número de telefone principal <input type="checkbox"/> Telemóvel <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabalho (   )		1b. Número de telefone secundário <input type="checkbox"/> Telemóvel <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabalho (   )		1c. Endereço de correio eletrónico			
2. A HealthSource RI poderá ter de o contactar relativamente ao estado da sua candidatura e/ou para solicitar informação adicional. Qual é o seu método de contacto preferencial? <input type="checkbox"/> Correio eletrónico <input type="checkbox"/> Correio normal							
3. Qual é o seu horário de contacto preferencial para chamadas telefónicas? <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noite <input type="checkbox"/> Fim de semana <input type="checkbox"/> Qualquer altura							
4. Idioma falado preferencial (lengua hablada preferida) <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Português							
4a. Idioma escrito preferencial (lenguaje escrito preferido) <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Português							
5. Endereço de residência		Apartamento/ Unidade n.º	Cidade		Estado	Código postal	
6. Endereço para correspondência ( <i>se diferente</i> )		Apartamento/ Unidade n.º	Cidade		Estado	Código postal	
<b>A sua informação adicional</b>							
7. Etnia (opcional)		<input type="checkbox"/> Hispânico/Latino		<input type="checkbox"/> Não hispânico/Latino			
8. Ascendência (opcional)		<input type="checkbox"/> Caucasiano	<input type="checkbox"/> Negro ou afro-americano	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Índio americano ou nativo do Alasca		
		<input type="checkbox"/> Habitante das ilhas do Pacífico/Nativo havaiano	<input type="checkbox"/> Indiano	<input type="checkbox"/> Outra			
9. Encontra-se, atualmente, detido? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não							
9a. <b>Se SIM:</b> Data de libertação esperada: Mês: _____ Dia: _____ Ano: _____							
10. Encontra-se grávida? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				10a. <b>Se SIM:</b> Data prevista para o nascimento: Mês: _____ Dia: _____ Ano: _____			
				10b. Número de bebés esperado:			

## Informação sobre a sua cidadania e imigração

*Não necessita de responder às questões 11-14 caso não esteja a candidatar-se a cobertura.*

**11.** Estatuto de imigrante: (selecione um)  Cidadão dos EUA  Cidadão naturalizado†  Imigrante elegível†  Outro

**12.** Se não for cidadão, viveu nos EUA durante algum período antes de 22/08/1996?  Sim  Não

**13.** †Se NÃO for um cidadão dos EUA ou se for um cidadão naturalizado, faculte a informação nos seus documentos.

Tipo de documento		Número de documento	Validade (MM/DD/AA)
<b>13a.</b> Certidão de cidadania: Número de residente estrangeiro:	<input type="checkbox"/>	Número do documento de identificação	Não aplicável
<b>13b.</b> Certidão de naturalização: Número de residente estrangeiro:	<input type="checkbox"/>	Número de naturalização	Não aplicável
<b>13c.</b> Autorização de reentrada (I-327): Número de residente estrangeiro:	<input type="checkbox"/>		
<b>13d.</b> Cartão de residente permanente («Carta verde», I-551): Número de residente estrangeiro:	<input type="checkbox"/>	Número de I-551:	
<b>13e.</b> Documento de viagem de refugiado (I-571) Número de residente estrangeiro:	<input type="checkbox"/>		
<b>13f.</b> Cartão de autorização de trabalho (I-766) Número de residente estrangeiro:	<input type="checkbox"/>		
<b>13g.</b> Visto de imigrante eletrónico (com linguagem de I-551 provisório). Número de visto: _____ País de emissão: _____ Número de residente estrangeiro: _____	<input type="checkbox"/>	Número de passaporte:	
<b>13h.</b> Carimbo de I-551 provisório (no passaporte ou I-94, I-94A) País de emissão: _____ Número de residente estrangeiro: _____	<input type="checkbox"/>	Número de passaporte:	
<b>13i.</b> Registo de chegada/partida (I-94, I-94A) emitido pelos Serviços de Cidadania e Imigração (Citizenship and Immigration Services) dos EUA ID Sevis: _____	<input type="checkbox"/>	Número de I-94:	
<b>13j.</b> Registo de chegada/partida no passaporte estrangeiro válido (I-94) País de emissão: _____ ID Sevis: _____ Número de visto: _____	<input type="checkbox"/>	Número de passaporte:  Número de I-94:	
<b>13k.</b> Passaporte estrangeiro válido País de emissão: _____ ID Sevis: _____	<input type="checkbox"/>	Número de passaporte:  Número de I-94:	
<b>13l.</b> Certificado de elegibilidade para estatuto (I-20) de estudante não-imigrante (F-1) ID Sevis: _____	<input type="checkbox"/>	Número de passaporte:  Número de I-94:	
<b>13m.</b> Certificado de elegibilidade para estatuto (J-1) de intercambista (DS2019) ID Sevis: _____	<input type="checkbox"/>	Número de passaporte:  Número de I-94:	
<b>13n.</b> Outros documentos ou tipos de estatuto Descrição do documento: _____ Número de residente estrangeiro: _____ ID Sevis: _____	<input type="checkbox"/>	Número de passaporte:  Número de I-94:	

**14. Se o seu nome diferir do nome que consta no seu documento de imigração, forneça o nome presente no documento:**

Nome próprio                      Segundo nome                      Apellido                      Sufixo (por exemplo, Jr., I, II, etc.)

<b>Informação de veterano sobre si</b>			
15. O candidato, respetivo cônjuge ou progenitor é veterano ou membro do serviço ativo das forças armadas dos EUA? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
<b>A sua informação de índio americano e nativo do Alasca</b>			
Os índios americanos e nativos do Alasca podem ser elegíveis para proteções especiais da Assistência Médica de Rhode Island e para benefícios especiais através da HealthSource RI.			
16. O candidato é índio americano ou nativo do Alasca? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <b>Se NÃO</b> , avance para a questão 18.			
Se SIM: 17. É membro de uma tribo reconhecida em âmbito federal? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Se SIM: 17a. Nome da tribo		17b. Estado	
17c. Alguma vez usufruiu de um serviço de saúde indígena, programa de tribo ou programa de saúde indígena urbano? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
17d. É elegível para receber serviços de um serviço de saúde indígena, programa de saúde de tribo ou programa de saúde indígena urbano através de uma indicação de um destes programas? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
<b>A sua informação sobre deficiência e serviços às pessoas portadoras de deficiência</b>			
18. Sofre de alguma doença, incapacidade, deficiência ou é invisual?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
18a. Necessita de ajuda com as atividades do quotidiano?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Se SIM:			
18b. Esta deficiência impede-o de trabalhar, no mínimo, 12 meses ou resultará em morte?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
18c. Tem atividades com o Departamento de Serviços de Reabilitação (Office of Rehabilitation Services) ou com os Serviços para os Invisuais (Services for the Blind)?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
18d. Candidatou-se a benefícios da segurança social (RSDI) ou SSI?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<b>Questões adicionais sobre si</b>			
19. Encontrava-se à guarda de famílias de acolhimento de Rhode Island aquando do seu 18.º aniversário?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
20. Caso seja menor de 19 anos, é estudante a tempo inteiro?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Se SIM: Data prevista de conclusão de estudos: Mês: _____ Dia: _____ Ano: _____			
<b>O seu emprego e rendimentos atuais</b>			
21. Trabalha, atualmente, por conta própria?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Se NÃO, avance para a questão 22.			
21a. Se SIM, indique o tipo de trabalho:		21b. Rendimento bruto de trabalho por conta própria: _____ (inclua as suas despesas derivadas de trabalhar por conta própria na resposta à questão 25.)	
22. Está, atualmente, empregado (sem ser trabalhador por conta própria)?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Se NÃO, avance para a questão 24.			
Caso se encontre, atualmente, empregado, preencha a seguinte informação sobre o seu empregador e rendimentos.			
22a. Nome do empregador 1:		22b. Número de identificação do empregador	
22c. Endereço do empregador	Cidade	Estado	Código postal
22d. Salário/gorjetas antes de impostos:	22e. Frequência de salário/gorjetas: <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Quinzenalmente <input type="checkbox"/> Mensalmente <input type="checkbox"/> Anualmente		22f. Número médio de horas de trabalho semanais
Se tiver outro empregador, preencha a seguinte informação sobre esse empregador e rendimentos.			
23a. Nome do empregador 2:		23b. Número de identificação do empregador	
23c. Endereço do empregador	Cidade	Estado	Código postal
23d. Salário/gorjetas antes de impostos:	23e. Frequência de salário/gorjetas: <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Quinzenalmente <input type="checkbox"/> Mensalmente <input type="checkbox"/> Anualmente		23f. Número médio de horas de trabalho semanais

*Copie esta folha para acrescentar empregadores adicionais para o candidato principal*

## Os seus outros rendimentos

**24.** Dispõe de outras fontes de rendimentos? **Se SIM**, selecione todas as opções aplicáveis. **Se NÃO**, avance para a questão 25.

NOTA: Não inclua abono de família, pagamentos a veteranos diferentes de pensões ou rendimentos de segurança suplementares (Supplemental Security Income – SSI)

Fontes	Quanto (\$)	Com que frequência
<b>24a.</b> Benefícios da segurança social <input type="checkbox"/>		
<b>24b.</b> Desemprego <input type="checkbox"/>		
<b>24c.</b> Aposentação <input type="checkbox"/>		
<b>24d.</b> Pensão de alimentos recebida <input type="checkbox"/>		
<b>24e.</b> Pagamentos de dividendos <i>As empresas comunicam-lhe estes rendimentos através de um impresso IRS 1099-DIV, todos os anos.</i> <input type="checkbox"/>		
<b>24f.</b> Mais-valias <i>Lucros provenientes da venda de investimentos, como ações.</i> <input type="checkbox"/>		
<b>24g.</b> Pensões <input type="checkbox"/>		
<b>24h.</b> Rendimentos de atividades agrícolas/piscatórias <input type="checkbox"/>		
<b>24i.</b> Rendimentos de locação ou royalties <i>Trata-se dos rendimentos mensais provenientes da locação de uma propriedade não incluída nas atividades de trabalho por conta própria.</i> <input type="checkbox"/>		
<b>24j.</b> Juros <input type="checkbox"/>		
<b>24k.</b> Investimento <input type="checkbox"/>		
<b>24L.</b> Outros rendimentos (apoio financeiro, etc.) <i>Tipo:</i> <input type="checkbox"/>		
<b>24m.</b> Tipo de <i>outros rendimentos:</i> <input type="checkbox"/>		

## As suas deduções

Colocamos estas questões devido a estas despesas poderem reduzir o montante de rendimentos que contabilizamos para alguns tipos de cobertura de cuidados de saúde, tal como os Serviços de Finanças as utilizam para reduzir o montante de impostos que deve. Ao informar-nos sobre tais despesas, pode reduzir, ligeiramente, o custo da cobertura de cuidados de saúde.

**As deduções** são pagamentos que podem ser subtraídos ao total dos seus rendimentos.

**As deduções empresariais** são os custos da administração de uma atividade empresarial que devem ser pagos antes de a empresa poder declarar o lucro. O trabalho por conta própria, os rendimentos de locação/royalties e os rendimentos provenientes de atividades agrícolas/piscatórias serão alvo de deduções empresariais que devem ser **somadas e introduzidas, como um valor único, abaixo**. Para obter mais informações sobre deduções de atividades de trabalho por conta própria, consulte «Instruções para o Anexo C» (Instructions for Schedule C) em [www.irs.gov](http://www.irs.gov).

**25.** Indique, abaixo, quaisquer itens que possam ser deduzidos numa declaração de rendimentos federal. As deduções permitidas incluem, sem cariz limitativo, o seguinte:

Pensão de alimentos paga	Prestações de conta poupança de saúde	Deduções relativas à atividade de trabalho por conta própria
Juros de empréstimos de estudante	Prestações de conta de aposentação antes da tributação (exceto prestações para Roth IRA)	Plano de aposentação de atividade de trabalho por conta própria
Propinas e despesas de educação	Custos de mudança de residência associados a mudança de emprego	Prémio de seguro de saúde de atividade de trabalho por conta própria

Deduções	Quanto (\$)	Com que frequência
<b>25a.</b> Tipo: <input type="checkbox"/>		
<b>25b.</b> Tipo: <input type="checkbox"/>		
<b>25c.</b> Tipo: <input type="checkbox"/>		
<b>25d.</b> Tipo: <input type="checkbox"/>		

## Os seus rendimentos de índio americano/nativo do Alasca

26. Algum dos rendimentos declarados por si proveio de qualquer uma destas fontes:

- Pagamentos per capita de uma tribo provenientes de recursos naturais, direitos de utilização, locações
- Pagamentos provenientes de recursos naturais, atividades agrícolas, pecuárias, piscatórias, locações ou royalties de terra designada como propriedade índia protegida (Indian Trust Land) pelo Ministério do Interior (Department of the Interior) (incluindo reservas e antigas reservas)
- Dinheiro proveniente da venda de bens com importância cultural

26a. Se SIM:

Quanto (\$)

Com que frequência

## Previsão de rendimentos para o próximo ano (opcional)

27. Se os seus rendimentos não forem fixos, de mês para mês, qual o montante que pensa receber no próximo ano? \_\_\_\_\_ \$

**Familiar 2 – Avance para a página 23 caso não existam mais membros da sua família**

1. Nome próprio                      Inicial do meio                      Apelido                      Sufixo (por exemplo, Jr., I, II, etc.)

2. Esta pessoa vive consigo, o candidato principal?  Sim  Não

3. Se **NÃO**, indique o endereço de residência desta pessoa      Apartamento/  
Unidade n.º      Cidade      Estado      Código postal

4. Esta pessoa encontra-se a viver, provisoriamente, fora de Rhode Island?  Sim  Não

**5. Qual a relação consigo, o candidato principal:**

- |   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Irmão/irmã                   | <input type="checkbox"/> Cônjuge                       | <input type="checkbox"/> Filho/filha                           | <input type="checkbox"/> Pai/mãe                       |
| <input type="checkbox"/> Tio/tia                      | <input type="checkbox"/> Parceiro/parceira doméstico/a | <input type="checkbox"/> Enteado/enteada                       | <input type="checkbox"/> Padrasto/madrasta             |
| <input type="checkbox"/> Primo/prima em primeiro grau | <input type="checkbox"/> Ex-cônjuge                    | <input type="checkbox"/> Sobrinho/sobrinha                     | <input type="checkbox"/> Guardião/guardiã              |
| <input type="checkbox"/> Genro/nora                   |  | <input type="checkbox"/> Filho/filha de parceiro/a doméstico/a | <input type="checkbox"/> Sogro/sogra                   |
| <input type="checkbox"/> Cunhado/cunhada              |  | <input type="checkbox"/> Neto/neta                             | <input type="checkbox"/> Avô/avó                       |
| <input type="checkbox"/> Mandatário/mandatária        |  | <input type="checkbox"/> Filho/filha adotivo/a                 | <input type="checkbox"/> Pai/mãe de parceiro doméstico |
| <input type="checkbox"/> Tutor/tutora                 |  | <input type="checkbox"/> Criança acolhida                      |  |
| <input type="checkbox"/> Assistente não familiar      |  | <input type="checkbox"/> Pessoa à sua responsabilidade         |  |

6. Se o familiar 2 tiver menos de 18 anos, quem é o respetivo acompanhante principal?  O candidato principal

- Familiar 3 (Nome: \_\_\_\_\_)       Familiar 4 (Nome: \_\_\_\_\_)
- Outra pessoa não indicada nesta candidatura

7. Etnia (opcional)       Hispânico/Latino       Não hispânico/Latino

8. Ascendência (opcional)

<input type="checkbox"/> Caucasiano	<input type="checkbox"/> Negro ou afro-americano	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Índio americano ou nativo do Alasca
<input type="checkbox"/> Habitante das ilhas do Pacífico/Nativo havaiano		<input type="checkbox"/> Indiano	<input type="checkbox"/> Outra

9. Esta pessoa encontra-se, atualmente, detida?       Sim       Não

9a. Se **SIM**: Data de libertação esperada: Mês: \_\_\_\_\_ Dia: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_

10. Esta pessoa está grávida?       Sim       Não

10a. Se **SIM**: Data prevista para o nascimento: Mês: \_\_\_\_\_ Dia: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_

10b. Número de bebés esperado: \_\_\_\_\_

## Familiar 2 – Informação sobre cidadania e imigração

*Não necessita de responder às questões 11-14 caso esta pessoa não esteja a candidatar-se a cobertura.*

**11. Estatuto de imigrante:** (selecione um)  Cidadão dos EUA  Cidadão naturalizado†  Imigrante elegível†  Outro

**12.** Se não for cidadão, esta pessoa viveu nos EUA durante algum período antes de 22/08/1996?  Sim  Não

**13. †Se esta pessoa NÃO for um cidadão dos EUA ou se for um cidadão naturalizado, faculte a informação nos documentos.**

Tipo de documento		Número de documento	Validade (MM/DD/AA)
<b>13a.</b> Certidão de cidadania: Número de residente estrangeiro:	<input type="checkbox"/>	Número do documento de identificação	Não aplicável
<b>13b.</b> Certidão de naturalização: Número de residente estrangeiro:	<input type="checkbox"/>	Número de naturalização	Não aplicável
<b>13c.</b> Autorização de reentrada (I-327): Número de residente estrangeiro:	<input type="checkbox"/>		
<b>13d.</b> Cartão de residente permanente («Carta verde», I-551): Número de residente estrangeiro:	<input type="checkbox"/>	Número de I-551:	
<b>13e.</b> Documento de viagem de refugiado (I-571) Número de residente estrangeiro:	<input type="checkbox"/>		
<b>13f.</b> Cartão de autorização de trabalho (I-766) Número de residente estrangeiro:	<input type="checkbox"/>		
<b>13g.</b> Visto de imigrante eletrónico (com linguagem de I-551 provisório). Número de visto: _____ País de emissão: _____ Número de residente estrangeiro: _____	<input type="checkbox"/>	Número de passaporte:	
<b>13h.</b> Carimbo de I-551 provisório (no passaporte ou I-94, I-94A) País de emissão: _____ Número de residente estrangeiro: _____	<input type="checkbox"/>	Número de passaporte:	
<b>13i.</b> Registo de chegada/partida (I-94, I-94A) emitido pelos Serviços de Cidadania e Imigração (Citizenship and Immigration Services) dos EUA ID Sevis: _____	<input type="checkbox"/>	Número de I-94:	
<b>13j.</b> Registo de chegada/partida no passaporte estrangeiro válido (I-94) País de emissão: _____ ID Sevis: _____ Número de visto: _____	<input type="checkbox"/>	Número de passaporte:  Número de I-94:	
<b>13k.</b> Passaporte estrangeiro válido País de emissão: _____ ID Sevis: _____	<input type="checkbox"/>	Número de passaporte:  Número de I-94:	
<b>13l.</b> Certificado de elegibilidade para estatuto (I-20) de estudante não-imigrante (F-1) ID Sevis: _____	<input type="checkbox"/>	Número de passaporte:  Número de I-94:	
<b>13m.</b> Certificado de elegibilidade para estatuto (J-1) de intercambista (DS2019) ID Sevis: _____	<input type="checkbox"/>	Número de passaporte:  Número de I-94:	
<b>13n.</b> Outros documentos ou tipos de estatuto Descrição do documento: _____ Número de residente estrangeiro: _____ ID Sevis: _____	<input type="checkbox"/>	Número de passaporte:  Número de I-94:	
<b>14.</b> Se o nome desta pessoa diferir do nome que consta no respetivo documento de imigração, forneça o nome presente no documento:			
Nome próprio	Segundo nome	Apelido	Sufixo (por exemplo, Jr., I, II, etc.)

## Familiar 2 – Informação de veterano

15. Esta pessoa, respetivo cônjuge ou progenitor é veterano ou membro do serviço ativo das forças armadas dos EUA?  Sim  Não

## Familiar 2 – Informação de índio americano e nativo do Alasca

Os índios americanos e nativos do Alasca podem ser elegíveis para proteções especiais da Assistência Médica de Rhode Island e para benefícios especiais através da HealthSource RI.

16. Esta pessoa é um índio americano ou nativo do Alasca?  Sim  Não **Se NÃO**, avance para a questão 18.

**Se SIM:**

17. Esta pessoa é membro de uma tribo reconhecida em âmbito federal?  Sim  Não

**Se SIM:** 17a. Nome da tribo \_\_\_\_\_ 17b. Estado \_\_\_\_\_

17c. Esta pessoa alguma vez usufruiu de um serviço de saúde indígena, programa de tribo ou programa de saúde indígena urbano?

Sim  Não

17d. Esta pessoa é elegível para receber serviços de um serviço de saúde indígena, programa de saúde de tribo ou programa de saúde indígena urbano através de uma indicação de um destes programas?  Sim  Não

## Familiar 2 – Deficiência e serviços às pessoas portadoras de deficiência

18. Esta pessoa sofre de alguma doença, incapacidade, deficiência ou é invisual?

Sim  Não

18a. Esta pessoa necessita de ajuda com as atividades do quotidiano?

Sim  Não

**Se SIM:**

18b. Esta deficiência impede a pessoa de trabalhar, no mínimo, 12 meses ou resultará em morte?

Sim  Não

18c. Esta pessoa tem atividades com o Departamento de Serviços de Reabilitação (Office of Rehabilitation Services) ou com os Serviços para os Invisuais (Services for the Blind)?

Sim  Não

Sim  Não

18d. Esta pessoa candidatou-se a contribuições da segurança social (RSDI) ou SSI?

## Familiar 2 – Questões adicionais

19. Caso seja menor de 19 anos, esta pessoa é estudante a tempo inteiro?

Sim  Não

**Se SIM:** Data prevista de conclusão de estudos: Mês: \_\_\_\_\_ Dia: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_

20. Se maior de 18 anos, esta pessoa estava à guarda do sistema de famílias de acolhimento de Rhode Island à data do respetivo 18.º aniversário?

Sim  Não

Informação de progenitor ausente (opcional): Esta questão apenas é aplicável a candidatos com menos de 18 anos.

21. A criança tem um progenitor a viver fora de casa?

Sim  Não

**Se SIM**, forneça informação sobre o progenitor a viver fora de casa (opcional)

21a. Nome próprio Inicial do meio Apelido Sufixo (por exemplo, Jr., I, II, etc.)

21b. Endereço Cidade Estado Código postal

21c. País

21d. Número de segurança social:

## Familiar 2 – Emprego e rendimentos atuais

22. Esta pessoa encontra-se, atualmente, a trabalhar por conta própria? <b>Se NÃO</b> , avance para a questão 23.		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
22a. <b>Se SIM</b> , indique o tipo de trabalho:		22b. Rendimento bruto de trabalho por conta própria: _____ (inclua as suas despesas derivadas de trabalhar por conta própria na resposta à questão 26.)	
23. Esta pessoa está, atualmente, empregada (sem ser como trabalhador por conta própria)?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não ( <b>Se NÃO</b> , avance para a questão 25)	
Caso esta pessoa se encontre, atualmente, empregada, preencha a seguinte informação sobre o empregador e rendimentos.			
23a. Nome do empregador 1:		23b. Número de identificação do empregador	
23c. Endereço do empregador	Cidade	Estado	Código postal
23d. Salário/gorjetas antes de impostos:	23e. Frequência de salário/gorjetas: <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Quinzenalmente <input type="checkbox"/> Mensalmente <input type="checkbox"/> Anualmente		23f. Número médio de horas de trabalho semanais
24. Se esta pessoa tiver outro empregador, preencha a seguinte informação sobre esse empregador e rendimentos.			
24a. Nome do empregador 2:		24b. Número de identificação do empregador	
24c. Endereço do empregador	Cidade	Estado	Código postal
24d. Salário/gorjetas antes de impostos:	24e. Frequência de salário/gorjetas: <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Quinzenalmente <input type="checkbox"/> Mensalmente <input type="checkbox"/> Anualmente		24f. Número médio de horas de trabalho semanais

Copie esta página para acrescentar empregadores adicionais para o familiar 2.

## Familiar 2 – Outros rendimentos

25. Esta pessoa dispõe de outras fontes de rendimentos? **Se SIM**, selecione todas as opções aplicáveis. **Se NÃO**, avance para a questão 26.

NOTA: Não inclua abono de família, pagamentos a veteranos diferentes de pensões ou rendimentos de segurança suplementares (Supplemental Security Income – SSI)

Fontes	Quanto (\$)	Com que frequência
25a. Benefícios da segurança social	<input type="checkbox"/>	
25b. Desemprego	<input type="checkbox"/>	
25c. Aposentação	<input type="checkbox"/>	
25d. Pensão de alimentos recebida	<input type="checkbox"/>	
25e. Pagamentos de dividendos <i>As empresas comunicam-lhe estes rendimentos através de um impresso IRS 1099-DIV, todos os anos.</i>	<input type="checkbox"/>	
25f. Mais-valias <i>Lucros provenientes da venda de investimentos, como ações.</i>	<input type="checkbox"/>	
25g. Pensões	<input type="checkbox"/>	
25h. Rendimentos de atividades agrícolas/piscatórias	<input type="checkbox"/>	
25i. Rendimentos de locação ou royalties <i>Trata-se dos rendimentos mensais provenientes da locação de uma propriedade não incluída nas atividades de trabalho por conta própria.</i>	<input type="checkbox"/>	
25j. Juros	<input type="checkbox"/>	
25k. Investimento	<input type="checkbox"/>	
25l. Outros rendimentos (apoio financeiro, etc.) <i>Tipo:</i>	<input type="checkbox"/>	
25m. Tipo de <i>outros rendimentos:</i>	<input type="checkbox"/>	

## Familiar 2 – Deduções

Colocamos estas questões devido a estas despesas poderem reduzir o montante de rendimentos que contabilizamos para alguns tipos de cobertura de cuidados de saúde, tal como os Serviços de Finanças as utilizam para reduzir o montante de impostos que deve. Ao informar-nos sobre tais despesas, pode reduzir, ligeiramente, o custo da cobertura de cuidados de saúde.

**As deduções** são pagamentos que podem ser subtraídos ao total dos seus rendimentos.

**As deduções empresariais** são os custos da administração de uma atividade empresarial que devem ser pagos antes de a empresa poder declarar o lucro. O trabalho por conta própria, os rendimentos de locação/royalties e os rendimentos provenientes de atividades agrícolas/piscatórias serão alvo de deduções empresariais que devem ser **somadas e introduzidas, como um valor único, abaixo**. Para obter mais informações sobre deduções de atividades de trabalho por conta própria, consulte «Instruções para o Anexo C» (Instructions for Schedule C) em [www.irs.gov](http://www.irs.gov).

**26.** Indique, abaixo, quaisquer itens que possam ser deduzidos numa declaração de rendimentos federal. As deduções permitidas incluem, sem cariz limitativo, o seguinte:

Pensão de alimentos paga	Prestações de conta poupança de saúde	Deduções relativas à atividade de trabalho por conta própria
Juros de empréstimos de estudante	Prestações de conta de aposentação antes da tributação (exceto prestações para Roth IRA)	Plano de aposentação de atividade de trabalho por conta própria
Propinas e despesas de educação	Custos de mudança de residência associados a mudança de emprego	Prémio de seguro de saúde de atividade de trabalho por conta própria

Deduções		Quanto (\$)	Com que frequência
<b>26a.</b> Tipo:	<input type="checkbox"/>		
<b>26b.</b> Tipo:	<input type="checkbox"/>		
<b>26c.</b> Tipo:	<input type="checkbox"/>		
<b>26d.</b> Tipo:	<input type="checkbox"/>		

## Familiar 2 – Rendimentos de índio americano/nativo do Alasca

**27.** Algum dos rendimentos declarados relativamente a esta pessoa proveio de qualquer uma destas fontes:

- Pagamentos per capita de uma tribo provenientes de recursos naturais, direitos de utilização, locações
- Pagamentos provenientes de recursos naturais, atividades agrícolas, pecuárias, piscatórias, locações ou royalties de terra designada como propriedade índia protegida (Indian Trust Land) pelo Ministério do Interior (Department of the Interior) (incluindo reservas e antigas reservas)
- Dinheiro proveniente da venda de bens com importância cultural

**27a. Se SIM:** Quanto (\$) Com que frequência

## Familiar 2 – Previsão de rendimentos para o próximo ano (opcional)

**28.** Se os rendimentos desta pessoa não forem fixos, de mês para mês, qual o montante que está previsto receber no próximo ano?  
\_\_\_\_\_ \$

**Familiar 3 – Avance para a página 23 caso não existam mais membros da sua família**

1. Nome próprio                      Inicial do meio                      Apelido                      Sufixo (por exemplo, Jr., I, II, etc.)

2. Esta pessoa vive consigo, o candidato principal?  Sim  Não

3. Se **NÃO**, indique o endereço de residência desta pessoa      Apartamento/  
Unidade n.º      Cidade      Estado      Código postal

4. Esta pessoa encontra-se a viver, provisoriamente, fora de Rhode Island?  Sim  Não

**5. Qual a relação consigo, o candidato principal:**

<input type="checkbox"/> Irmão/irmã	<input type="checkbox"/> Cônjuge	<input type="checkbox"/> Filho/filha	<input type="checkbox"/> Pai/mãe
<input type="checkbox"/> Tio/tia	<input type="checkbox"/> Parceiro/parceira doméstico/a	<input type="checkbox"/> Enteadado/enteada	<input type="checkbox"/> Padrasto/madrasta
<input type="checkbox"/> Primo/prima em primeiro grau	<input type="checkbox"/> Ex-cônjuge	<input type="checkbox"/> Sobrinho/sobrinha	<input type="checkbox"/> Guardião/guardiã
<input type="checkbox"/> Genro/nora		<input type="checkbox"/> Filho/filha de parceiro/a doméstico/a	<input type="checkbox"/> Sogro/sogra
<input type="checkbox"/> Cunhado/cunhada		<input type="checkbox"/> Neto/neta	<input type="checkbox"/> Avô/avó
<input type="checkbox"/> Mandatário/mandatária		<input type="checkbox"/> Filho/filha adotivo/a	<input type="checkbox"/> Pai/mãe de parceiro doméstico
<input type="checkbox"/> Tutor/tutora		<input type="checkbox"/> Criança acolhida	
<input type="checkbox"/> Assistente não familiar		<input type="checkbox"/> Pessoa à sua responsabilidade	

6. Se o familiar 3 tiver menos de 18 anos, quem é o respetivo acompanhante principal?  O candidato principal

Familiar 2 (Nome: \_\_\_\_\_)       Familiar 4 (Nome: \_\_\_\_\_)  
 Outra pessoa não indicada nesta candidatura

7. Etnia (opcional)       Hispânico/Latino       Não hispânico/Latino

8. Ascendência (opcional)  
 Caucasiano       Negro ou afro-americano       Asiático       Índio americano ou nativo do Alasca  
 Habitante das ilhas do Pacífico/Nativo havaiano       Indiano       Outra

9. Esta pessoa encontra-se, atualmente, detida?       Sim       Não

9a. Se **SIM**: Data de libertação esperada: Mês: \_\_\_\_\_ Dia: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_

10. Esta pessoa está grávida?       Sim       Não

10a. Se **SIM**: Data prevista para o nascimento: Mês: \_\_\_\_\_ Dia: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_

10b. Número de bebés esperado: \_\_\_\_\_

### Familiar 3 – Informação sobre cidadania e imigração

*Não necessita de responder às questões 11-14 caso esta pessoa não esteja a candidatar-se a cobertura.*

**11. Estatuto de imigrante:** (selecione um)  Cidadão dos EUA  Cidadão naturalizado†  Imigrante elegível†  Outro

**12.** Se não for cidadão, esta pessoa viveu nos EUA durante algum período antes de 22/08/1996?  Sim  Não

**13. †Se esta pessoa NÃO for um cidadão dos EUA ou se for um cidadão naturalizado, faculte a informação nos documentos.**

Tipo de documento		Número de documento	Validade (MM/DD/AA)
<b>13a.</b> Certidão de cidadania: Número de residente estrangeiro:	<input type="checkbox"/>	Número do documento de identificação	Não aplicável
<b>13b.</b> Certidão de naturalização: Número de residente estrangeiro:	<input type="checkbox"/>	Número de naturalização	Não aplicável
<b>13c.</b> Autorização de reentrada (I-327): Número de residente estrangeiro:	<input type="checkbox"/>		
<b>13d.</b> Cartão de residente permanente («Carta verde», I-551): Número de residente estrangeiro:	<input type="checkbox"/>	Número de I-551:	
<b>13e.</b> Documento de viagem de refugiado (I-571) Número de residente estrangeiro:	<input type="checkbox"/>		
<b>13f.</b> Cartão de autorização de trabalho (I-766) Número de residente estrangeiro:	<input type="checkbox"/>		
<b>13g.</b> Visto de imigrante eletrónico (com linguagem de I-551 provisório). Número de visto: _____ País de emissão: _____ Número de residente estrangeiro: _____	<input type="checkbox"/>	Número de passaporte:	
<b>13h.</b> Carimbo de I-551 provisório (no passaporte ou I-94, I-94A) País de emissão: _____ Número de residente estrangeiro: _____	<input type="checkbox"/>	Número de passaporte:	
<b>13i.</b> Registo de chegada/partida (I-94, I-94A) emitido pelos Serviços de Cidadania e Imigração (Citizenship and Immigration Services) dos EUA ID Sevis: _____	<input type="checkbox"/>	Número de I-94:	
<b>13j.</b> Registo de chegada/partida no passaporte estrangeiro válido (I-94) País de emissão: _____ ID Sevis: _____ Número de visto: _____	<input type="checkbox"/>	Número de passaporte:  Número de I-94:	
<b>13k.</b> Passaporte estrangeiro válido País de emissão: _____ ID Sevis: _____	<input type="checkbox"/>	Número de passaporte:  Número de I-94:	
<b>13l.</b> Certificado de elegibilidade para estatuto (I-20) de estudante não-imigrante (F-1) ID Sevis: _____	<input type="checkbox"/>	Número de passaporte:  Número de I-94:	
<b>13m.</b> Certificado de elegibilidade para estatuto (J-1) de intercambista (DS2019) ID Sevis: _____	<input type="checkbox"/>	Número de passaporte:  Número de I-94:	
<b>13n.</b> Outros documentos ou tipos de estatuto Descrição do documento: _____ Número de residente estrangeiro: _____ ID Sevis: _____	<input type="checkbox"/>	Número de passaporte:  Número de I-94:	

**14.** Se o nome desta pessoa diferir do nome que consta no respetivo documento de imigração, forneça o nome presente no documento:

Nome próprio                      Segundo nome                      Apelido                      Sufixo (por exemplo, Jr., I, II, etc.)

### Familiar 3 – Informação de veterano

15. Esta pessoa, respetivo cônjuge ou progenitor é veterano ou membro do serviço ativo das forças armadas dos EUA?  Sim  Não

### Familiar 3 – Informação de índio americano e nativo do Alasca

Os índios americanos e nativos do Alasca podem ser elegíveis para proteções especiais da Assistência Médica de Rhode Island e para benefícios especiais através da HealthSource RI.

16. Esta pessoa é um índio americano ou nativo do Alasca?  Sim  Não **Se NÃO**, avance para a questão 18.

**Se SIM:**

17. Esta pessoa é membro de uma tribo reconhecida em âmbito federal?  Sim  Não

**Se SIM:** 17a. Nome da tribo \_\_\_\_\_ 17b. Estado \_\_\_\_\_

17c. Esta pessoa alguma vez usufruiu de um serviço de saúde indígena, programa de tribo ou programa de saúde indígena urbano?

Sim  Não

17d. Esta pessoa é elegível para receber serviços de um serviço de saúde indígena, programa de saúde de tribo ou programa de saúde indígena urbano através de uma indicação de um destes programas?  Sim  Não

### Familiar 3 – Deficiência e serviços às pessoas portadoras de deficiência

18. Esta pessoa sofre de alguma doença, incapacidade, deficiência ou é invisual?

Sim  Não

18a. Esta pessoa necessita de ajuda com as atividades do quotidiano?

Sim  Não

**Se SIM:**

18b. Esta deficiência impede a pessoa de trabalhar, no mínimo, 12 meses ou resultará em morte?

Sim  Não

18c. Esta pessoa tem atividades com o Departamento de Serviços de Reabilitação (Office of Rehabilitation Services) ou com os Serviços para os Invisuais (Services for the Blind)?

Sim  Não

Sim  Não

18d. Esta pessoa candidatou-se a contribuições da segurança social (RSDI) ou SSI?

### Familiar 3 – Questões adicionais

19. Caso seja menor de 19 anos, esta pessoa é estudante a tempo inteiro?

Sim  Não

**Se SIM:** Data prevista de conclusão de estudos: Mês: \_\_\_\_\_ Dia: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_

20. Se maior de 18 anos, esta pessoa estava à guarda do sistema de famílias de acolhimento de Rhode Island à data do respetivo 18.º aniversário?

Sim  Não

Informação de progenitor ausente (opcional): Esta questão apenas é aplicável a candidatos com menos de 18 anos.

21. A criança tem um progenitor a viver fora de casa?

Sim  Não

**Se SIM**, forneça informação sobre o progenitor a viver fora de casa (opcional)

21a. Nome próprio Inicial do meio Apelido Sufixo (por exemplo, Jr., I, II, etc.)

21b. Endereço Cidade Estado Código postal

21c. País

21d. Número de segurança social:

*Se o familiar 3 apresentar rendimentos, utilize o Anexo A, nas páginas 29-31 (faça cópias para outros membros do agregado familiar, se necessário), para introduzir a informação completa sobre os respetivos rendimentos.*

**Familiar 4 – Avance para a página 23 caso não existam mais membros da sua família**

1. Nome próprio                      Inicial do meio                      Apelido                      Sufixo (por exemplo, Jr., I, II, etc.)

2. Esta pessoa vive consigo, o candidato principal?  Sim  Não

3. Se **NÃO**, indique o endereço de residência desta pessoa      Apartamento/  
Unidade n.º      Cidade      Estado      Código postal

4. Esta pessoa encontra-se a viver, provisoriamente, fora de Rhode Island?  Sim  Não

**5. Qual a relação consigo, o candidato principal:**

- |   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Irmão/irmã                   | <input type="checkbox"/> Cônjuge                       | <input type="checkbox"/> Filho/filha                           | <input type="checkbox"/> Pai/mãe                       |
| <input type="checkbox"/> Tio/tia                      | <input type="checkbox"/> Parceiro/parceira doméstico/a | <input type="checkbox"/> Enteadado/enteada                     | <input type="checkbox"/> Padrasto/madrasta             |
| <input type="checkbox"/> Primo/prima em primeiro grau | <input type="checkbox"/> Ex-cônjuge                    | <input type="checkbox"/> Sobrinho/sobrinha                     | <input type="checkbox"/> Guardião/guardiã              |
| <input type="checkbox"/> Genro/nora                   |  | <input type="checkbox"/> Filho/filha de parceiro/a doméstico/a | <input type="checkbox"/> Sogro/sogra                   |
| <input type="checkbox"/> Cunhado/cunhada              |  | <input type="checkbox"/> Neto/neta                             | <input type="checkbox"/> Avô/avó                       |
| <input type="checkbox"/> Mandatário/mandatária        |  | <input type="checkbox"/> Filho/filha adotivo/a                 | <input type="checkbox"/> Pai/mãe de parceiro doméstico |
| <input type="checkbox"/> Tutor/tutora                 |  | <input type="checkbox"/> Criança acolhida                      |  |
| <input type="checkbox"/> Assistente não familiar      |  | <input type="checkbox"/> Pessoa à sua responsabilidade         |  |

6. Se o familiar 4 tiver menos de 18 anos, quem é o respetivo acompanhante principal?  O candidato principal

- Familiar 2 (Nome: \_\_\_\_\_)       Familiar 3 (Nome: \_\_\_\_\_)
- Outra pessoa não indicada nesta candidatura

7. Etnia (opcional)       Hispânico/Latino       Não hispânico/Latino

8. Ascendência (opcional)

<input type="checkbox"/> Caucasiano	<input type="checkbox"/> Negro ou afro-americano	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Índio americano ou nativo do Alasca
<input type="checkbox"/> Habitante das ilhas do Pacífico/Nativo havaiano		<input type="checkbox"/> Indiano	<input type="checkbox"/> Outra

9. Esta pessoa encontra-se, atualmente, detida?  Sim  Não

9a. Se **SIM**: Data de libertação esperada: Mês: \_\_\_\_\_ Dia: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_

10. Esta pessoa está grávida?  Sim  Não

10a. Se **SIM**: Data prevista para o nascimento: Mês: \_\_\_\_\_ Dia: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_

10b. Número de bebés esperado: \_\_\_\_\_

## Familiar 4 – Informação sobre cidadania e imigração

*Não necessita de responder às questões 11-14 caso esta pessoa não esteja a candidatar-se a cobertura.*

**11. Estatuto de imigrante:** (selecione um)  Cidadão dos EUA  Cidadão naturalizado†  Imigrante elegível†  Outro

**12.** Se não for cidadão, esta pessoa viveu nos EUA durante algum período antes de 22/08/1996?  Sim  Não

**13. †Se esta pessoa NÃO for um cidadão dos EUA ou se for um cidadão naturalizado, faculte a informação nos documentos.**

Tipo de documento		Número de documento	Validade (MM/DD/AA)
<b>13a.</b> Certidão de cidadania: Número de residente estrangeiro:	<input type="checkbox"/>	Número do documento de identificação	Não aplicável
<b>13b.</b> Certidão de naturalização: Número de residente estrangeiro:	<input type="checkbox"/>	Número de naturalização	Não aplicável
<b>13c.</b> Autorização de reentrada (I-327): Número de residente estrangeiro:	<input type="checkbox"/>		
<b>13d.</b> Cartão de residente permanente («Carta verde», I-551): Número de residente estrangeiro:	<input type="checkbox"/>	Número de I-551:	
<b>13e.</b> Documento de viagem de refugiado (I-571) Número de residente estrangeiro:	<input type="checkbox"/>		
<b>13f.</b> Cartão de autorização de trabalho (I-766) Número de residente estrangeiro:	<input type="checkbox"/>		
<b>13g.</b> Visto de imigrante eletrónico (com linguagem de I-551 provisório). Número de visto: _____ País de emissão: _____ Número de residente estrangeiro: _____	<input type="checkbox"/>	Número de passaporte:	
<b>13h.</b> Carimbo de I-551 provisório (no passaporte ou I-94, I-94A) País de emissão: _____ Número de residente estrangeiro: _____	<input type="checkbox"/>	Número de passaporte:	
<b>13i.</b> Registo de chegada/partida (I-94, I-94A) emitido pelos Serviços de Cidadania e Imigração (Citizenship and Immigration Services) dos EUA ID Sevis: _____	<input type="checkbox"/>	Número de I-94:	
<b>13j.</b> Registo de chegada/partida no passaporte estrangeiro válido (I-94) País de emissão: _____ ID Sevis: _____ Número de visto: _____	<input type="checkbox"/>	Número de passaporte:  Número de I-94:	
<b>13k.</b> Passaporte estrangeiro válido País de emissão: _____ ID Sevis: _____	<input type="checkbox"/>	Número de passaporte:  Número de I-94:	
<b>13l.</b> Certificado de elegibilidade para estatuto (I-20) de estudante não-imigrante (F-1) ID Sevis: _____	<input type="checkbox"/>	Número de passaporte:  Número de I-94:	
<b>13m.</b> Certificado de elegibilidade para estatuto (J-1) de intercambista (DS2019) ID Sevis: _____	<input type="checkbox"/>	Número de passaporte:  Número de I-94:	
<b>13n.</b> Outros documentos ou tipos de estatuto Descrição do documento: _____ Número de residente estrangeiro: _____ ID Sevis: _____	<input type="checkbox"/>	Número de passaporte:  Número de I-94:	

**14.** Se o nome desta pessoa diferir do nome que consta no respetivo documento de imigração, forneça o nome presente no documento:

Nome próprio                      Segundo nome                      Apelido                      Sufixo (por exemplo, Jr., I, II, etc.)

### Familiar 4 – Informação de veterano

15. Esta pessoa, respetivo cônjuge ou progenitor é veterano ou membro do serviço ativo das forças armadas dos EUA?  Sim  Não

### Familiar 4 – Informação de índio americano e nativo do Alasca

Os índios americanos e nativos do Alasca podem ser elegíveis para proteções especiais da Assistência Médica de Rhode Island e para benefícios especiais através da HealthSource RI.

16. Esta pessoa é um índio americano ou nativo do Alasca?  Sim  Não **Se NÃO**, avance para a questão 18.

**Se SIM:**

17. Esta pessoa é membro de uma tribo reconhecida em âmbito federal?  Sim  Não

**Se SIM:** 17a. Nome da tribo \_\_\_\_\_ 17b. Estado \_\_\_\_\_

17c. Esta pessoa alguma vez usufruiu de um serviço de saúde indígena, programa de tribo ou programa de saúde indígena urbano?

Sim  Não

17d. Esta pessoa é elegível para receber serviços de um serviço de saúde indígena, programa de saúde de tribo ou programa de saúde indígena urbano através de uma indicação de um destes programas?  Sim  Não

### Familiar 4 – Deficiência e serviços às pessoas portadoras de deficiência

18. Esta pessoa sofre de alguma doença, incapacidade, deficiência ou é invisual?

Sim  Não

18a. Esta pessoa necessita de ajuda com as atividades do quotidiano?

Sim  Não

**Se SIM:**

18b. Esta deficiência impede a pessoa de trabalhar, no mínimo, 12 meses ou resultará em morte?

Sim  Não

18c. Esta pessoa tem atividades com o Departamento de Serviços de Reabilitação (Office of Rehabilitation Services) ou com os Serviços para os Invisuais (Services for the Blind)?

Sim  Não

Sim  Não

18d. Esta pessoa candidatou-se a contribuições da segurança social (RSDI) ou SSI?

### Familiar 4 – Questões adicionais

19. Caso seja menor de 19 anos, esta pessoa é estudante a tempo inteiro?

Sim  Não

**Se SIM:** Data prevista de conclusão de estudos: Mês: \_\_\_\_\_ Dia: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_

20. Se maior de 18 anos, esta pessoa estava à guarda do sistema de famílias de acolhimento de Rhode Island à data do respetivo 18.º aniversário?

Sim  Não

Informação de progenitor ausente (opcional): Esta questão apenas é aplicável a candidatos com menos de 18 anos.

21. A criança tem um progenitor a viver fora de casa?

Sim  Não

**Se SIM**, forneça informação sobre o progenitor a viver fora de casa (opcional)

21a. Nome próprio Inicial do meio Apelido Sufixo (por exemplo, Jr., I, II, etc.)

21b. Endereço Cidade Estado Código postal

21c. País

21d. Número de segurança social:

*Se o familiar 4 apresentar rendimentos, utilize o Anexo A, nas páginas 29-31 (faça cópias para outros membros do agregado familiar, se necessário), para introduzir a informação completa sobre os respetivos rendimentos.*

**Informação para preenchimento de declaração fiscal de rendimentos –  
Preencha esta secção para todos os membros do agregado familiar**

**1.** Algum dos membros do agregado familiar planeia apresentar uma declaração de impostos federal no próximo ano?  Sim  Não

**Se SIM,** responda às seguintes questões sobre impostos relativamente aos membros do agregado familiar nesta candidatura.

**Se NÃO,** avance para a página 24.

**2.** Estatuto de preenchimento de declaração de impostos esperado para o ano civil atual

<b>2a.</b> Nome do contribuinte	<b>2b.</b> Se apresentar declaração conjunta – Nome de cônjuge

**3.** Alguma das pessoas referidas na candidatura declarará dependentes na declaração de impostos?  Sim  Não

**Se SIM,** indique o contribuinte em questão e refira os seus dependentes.

Um dependente apenas pode ser declarado por um único contribuinte. Para pessoas que apresentem uma declaração conjunta, será necessário indicar os dependentes do contribuinte que assinará a declaração de impostos.

<b>3a.</b> Nome do contribuinte	<b>3b.</b> Nome dos dependentes

Não é necessário preencher a tabela abaixo caso o dependente já se encontre indicado acima.

**4.** Algum membro do agregado familiar será indicado como dependente na declaração de impostos de outra pessoa (alguém que não conste na candidatura)?  Sim  Não

**Se SIM,** indique todos os dependentes que constarão na declaração de outra pessoa.

<b>4a.</b> Nome do dependente	<b>4b.</b> Nome do contribuinte	<b>4c.</b> Relação do dependente com o contribuinte

## Informação sobre cobertura de cuidados de saúde – Preencha esta secção para todos os membros do agregado familiar que se candidatem a cobertura

1. O candidato principal, ou alguém em nome de quem o candidato apresenta a candidatura, é (ou será, nos próximos 3 meses) elegível para cobertura de cuidados de saúde proveniente de um emprego, mesmo que essa cobertura advenha do emprego de outra pessoa, como no caso de um cônjuge?

Sim  Não

**Se SIM**, faculte a informação na tabela abaixo. **Se NÃO**, avance para a página 25.

<b>2. Nome do empregador</b>		<b>2a. Número de identificação do empregador (veja no impresso W-2 do empregador)</b>		<b>2b. Número de telefone do empregador</b>	
<b>2c. Endereço do empregador</b>		Cidade		Estado	Código postal
<b>3. Quem podemos contactar, no seu emprego, para questões relativas a cobertura de funcionários?</b> Nome do contacto:		<b>3a. Número de telefone do contacto (principal)</b>		<b>3b. Número de telefone do contacto (outro)</b>	
<b>3c. Endereço de correio eletrónico de contacto:</b>					
<b>4. Nome da pessoa elegível para o seguro deste empregador nesta candidatura:</b>					
<b>4a. Estatuto de inscrição</b> <input type="checkbox"/> Inscrito agora <input type="checkbox"/> A aguardar o início da cobertura <input type="checkbox"/> Não inscrito		Data de início (MM/DD/AAAA) _____		<b>4b. Mudanças futuras ao seu plano</b> <input type="checkbox"/> Fim previsto da cobertura a (MM/DD/AAAA) _____ <input type="checkbox"/> Elegível a partir de (MM/DD/AAAA) _____	
<b>5. Nome da pessoa elegível para o seguro deste empregador nesta candidatura:</b>					
<b>5a. Estatuto de inscrição</b> <input type="checkbox"/> Inscrito agora <input type="checkbox"/> A aguardar o início da cobertura <input type="checkbox"/> Não inscrito		Data de início (MM/DD/AAAA) _____		<b>5b. Mudanças futuras ao seu plano</b> <input type="checkbox"/> Fim previsto da cobertura a (MM/DD/AAAA) _____ <input type="checkbox"/> Elegível a partir de (MM/DD/AAAA) _____	
<b>6. Nome da pessoa elegível para o seguro deste empregador nesta candidatura:</b>					
<b>6a. Estatuto de inscrição</b> <input type="checkbox"/> Inscrito agora <input type="checkbox"/> A aguardar o início da cobertura <input type="checkbox"/> Não inscrito		Data de início (MM/DD/AAAA) _____		<b>6b. Mudanças futuras ao seu plano</b> <input type="checkbox"/> Fim previsto da cobertura a (MM/DD/AAAA) _____ <input type="checkbox"/> Elegível a partir de (MM/DD/AAAA) _____	
<b>7. Nome da pessoa elegível para o seguro deste empregador nesta candidatura:</b>					
<b>7a. Estatuto de inscrição</b> <input type="checkbox"/> Inscrito agora <input type="checkbox"/> A aguardar o início da cobertura <input type="checkbox"/> Não inscrito		Data de início (MM/DD/AAAA) _____		<b>7b. Mudanças futuras ao seu plano</b> <input type="checkbox"/> Fim previsto da cobertura a (MM/DD/AAAA) _____ <input type="checkbox"/> Elegível a partir de (MM/DD/AAAA) _____	
<b>8. Quem é o empregado para o seguro deste empregador?</b>					
Nome próprio do empregado		Inicial do meio	Apelido do empregado		Sufixo
<b>9. Qual o custo do plano do empregador com o custo mais reduzido oferecido a um único empregado (não abrange famílias) que corresponda à norma de valor mínimo (veja a definição na página 2)? (Nota: temos de saber o custo deste plano, mesmo que não esteja inscrito nele. Pode obter esta informação através do seu empregador. Se o empregador disponibilizar programas de bem-estar, indique o prémio máximo que o empregado pagaria caso recebesse o desconto máximo para qualquer programa antitabagista e não recebesse quaisquer outros descontos com base em programas de bem-estar).</b>					
Prémio do empregado: _____ \$ Frequência do prémio (semanal, mensal, anual) _____					

*Copie esta página para acrescentar seguros fornecidos por outros empregadores ou outras pessoas cobertas*

**Cobertura dentária – Preencha esta secção para todos os membros do agregado familiar que se candidatem a cobertura**

**10.** Alguém nesta candidatura tem acesso a cobertura dentária?  Sim  Não **Se NÃO,** avance para a questão 11.

**10a. Se SIM,** identifique todos os membros do agregado familiar que têm acesso a cobertura dentária. **Se a sua família tiver acesso a mais do que um tipo de seguro, copie esta página e faculte as informações sobre cada fornecedor de seguro, em separado.**

Nome \_\_\_\_\_  
Nome \_\_\_\_\_  
Nome \_\_\_\_\_  
Nome \_\_\_\_\_

**10b.** Nome da seguradora dentária

**10c.** Número de apólice

**10d.** Número de grupo

**10e.** Tipo de cobertura  Individual  Familiar

**Copie esta página para adicionar outros fornecedores de seguro dentário ou outras pessoas cobertas**

**Outra cobertura de cuidados de saúde – Preencha esta secção para todos os membros do agregado familiar que se candidatem a cobertura**

**11.** Alguém nesta candidatura está inscrito noutra seguro de saúde não público?  Sim  Não

**11a. Se SIM,** indique qual é aplicável.  COBRA  Plano de aposentado

**11b.** Indique quais os membros do agregado familiar que dispõem de acesso a este seguro.

Nome \_\_\_\_\_  
Nome \_\_\_\_\_  
Nome \_\_\_\_\_  
Nome \_\_\_\_\_

**11c.** Indique quais os membros do agregado familiar que estão inscritos neste seguro.

Nome \_\_\_\_\_  
Nome \_\_\_\_\_  
Nome \_\_\_\_\_  
Nome \_\_\_\_\_

**12.** Alguma das pessoas presentes nesta candidatura está inscrita noutra cobertura de cuidados de saúde?  Sim  Não

**12a. Se SIM,** selecione UMA. **Se algum dos membros do seu agregado familiar estiver inscrito em mais do que um tipo de seguro, copie esta página e faculte as informações sobre cada fornecedor de seguro, em separado.**  Cobertura de veterano  CHIP  Medicaid  Corpo de paz  Medicare  Americorps  Tricare (não selecione se tiver Direct Care ou Line of Duty)  Privada/outra

**12b. Se tiver outro seguro privado,** faculte a seguinte informação:

**Nome do plano**

**Número da apólice**

**Número do grupo**

**12c.** Indique quais os membros do agregado familiar que dispõem de acesso a este seguro.

Nome \_\_\_\_\_  
Nome \_\_\_\_\_  
Nome \_\_\_\_\_  
Nome \_\_\_\_\_

**12d.** Indique quais os membros do agregado familiar que estão inscritos neste seguro.

Nome \_\_\_\_\_  
Nome \_\_\_\_\_  
Nome \_\_\_\_\_  
Nome \_\_\_\_\_

*Copie esta página para acrescentar outros fornecedores de seguro ou outras pessoas cobertas*

## Informação do representante autorizado

Um representante autorizado é uma pessoa que o está a ajudar a obter cobertura de cuidados de saúde. Este pode ser um seu familiar ou amigo. Concede, a esta pessoa, autorização para ver a sua informação pessoal e para tomar decisões relativamente à sua cobertura de cuidados de saúde. Ao designar um representante autorizado, está a permitir que este seu representante:

- Assine a candidatura em seu nome;
- Receba avisos relativamente à sua candidatura e conta; e
- Atue em seu nome em todos os assuntos relacionados com a candidatura e conta.

Se alguma vez necessitar de alterar o seu representante autorizado, contacte a HealthSource RI através do 1-855-609-3304.

**1. Tem um representante autorizado?**  Sim  Não

**Se SIM**, responda às seguintes questões:

**1a.** Nome próprio, segundo nome, apelido e sufixo (por exemplo, Jr., I, II, etc.) do representante autorizado

**1b.** Número de telefone principal

Telemóvel  Casa  Trabalho

( )

**1c.** Número de telefone secundário

Telemóvel  Casa  Trabalho

( )

**1d.** Endereço de correio eletrónico

**1e.** A HealthSource RI poderá ter de o contactar relativamente ao estado da candidatura e/ou para solicitar informação adicional. Método de contacto preferencial do representante autorizado  Correio eletrónico  Correio normal

**1f.** Qual é o seu horário de contacto preferencial (para chamadas telefónicas)?  Manhã  Tarde  Noite  Fim de semana  Qualquer altura

**1g.** Idioma falado preferencial (**lengua hablada preferida**)

English  Español  Português

**1h.** Idioma escrito preferencial (**lenguaje escrito preferido**)

English  Español  Português

**1i.** Endereço para correspondência

Apartamento/Unidade n.º

Cidade

Estado

Código postal

**1j.** Nome da empresa (se aplicável)

**1k.** ID da organização (se aplicável)

**1L.** O **candidato principal** deve assinar abaixo para reconhecer que dispõe de um representante autorizado que pode tomar decisões em seu nome.

**Assinatura** X \_\_\_\_\_

## Apenas para conselheiros de candidatura, navegantes, representantes e agentes de seguros certificados

Preencha esta secção se for um conselheiro de candidatura, navegante, representante ou agente de seguros certificado a preencher esta candidatura para outra pessoa.

**2.** Data de início da candidatura (MM/DD/AAAA)

**2a.** Nome próprio

Segundo nome

Apelido

Sufixo (por exemplo, Jr., I, II, etc.)

**2b.** Nome da organização

**2c.** Número de ID (se aplicável)

## Leia, cuidadosamente, antes de assinar

### A SUA AUTORIZAÇÃO PARA O ACESSO A E PARTILHA DE DADOS ELETRÔNICOS

Candidatou-se a participar no Intercâmbio de Benefícios de Saúde de Rhode Island (Rhode Island Health Benefits Exchange) («Intercâmbio»). De modo a analisar a sua candidatura e a determinar se é elegível para apoio financeiro, o Intercâmbio tem de obter informações financeiras confidenciais, e outras, de agências federais e estaduais. Ao selecionar a caixa «Aceito» (I Agree) abaixo, autoriza-nos a obter, utilizar e partilhar informações confidenciais sobre si provenientes de várias fontes, incluindo do Ministério do Trabalho e Formação (Department of Labor and Training) de R.I., do Ministério de Recursos Humanos (Department of Human Services) de R.I., do Gabinete Executivo de Saúde e Serviços Humanos (Executive Office of Health and Human Services – EOHS) de R.I., do Ministério da Saúde (Department of Health) de R.I., da Direção-Geral dos Serviços Prisionais (Department of Corrections) de R.I., dos Serviços de Finanças (Internal Revenue Service) dos EUA, do Ministério da Segurança Social (Social Security Administration) dos EUA e do Ministério da Segurança Interna (Department of Homeland Security) dos EUA.

Se não selecionar «Aceito» (I agree) abaixo, não lhe recusaremos quaisquer benefícios nem acesso a quaisquer programas para os quais seja elegível. Porém, poderemos não ser capazes de lhe prestar assistência a aceder a tais programas caso não obtenhamos a informação necessária para determinar a sua elegibilidade.

Pode avançar com a procura e compra de cobertura de seguro de saúde sem selecionar «Aceito» (I agree), mas se pretender saber se é elegível para apoio financeiro para a compra de cobertura, ou se é elegível para cobertura de financiamento público ou para outros programas e apoios, será necessário selecionar «Aceito» (I agree).

A partilha e utilização da sua informação que autoriza ao selecionar «Aceito» (I agree), abaixo, estará em conformidade com todas as leis e regulamentos federais e estaduais relevantes que protegem a sua privacidade, incluindo, mas sem cariz limitativo: A Lei de Portabilidade e Responsabilidade de Seguros de Saúde (Health Insurance Portability and Accountability Act – HIPAA) de 1996; a Lei de Confidencialidade de Comunicações e Informação sobre Cuidados de Saúde (Confidentiality of Health Care Communications and Information Act) de R.I. (Leis Gerais de Rhode Island 5-37.3-1 et seq.); Leis Gerais de Rhode Island 28-32-5, 28-36-12, 28-42-38, 28-39-19, 28-39-22, 40,1-5-26, 23-3-23, 42-12-22, 40-6-12, Código dos EUA n.º 26 6103 e todas as outras leis e regulamentos aplicáveis.

Ao selecionar «Aceito» (I agree), autorizo o Intercâmbio (Exchange) e/ou a Medicaid a obter e utilizar informações confidenciais sobre mim, a partir das agências estaduais e federais acima mencionadas, e de quaisquer outras necessárias, para determinar a minha elegibilidade para inscrição na cobertura de seguro de saúde de financiamento público ou em outros programas de financiamento público administrados através deste Site, e, caso eu seja elegível, a coordenar os benefícios e pagamentos para confirmar a minha elegibilidade contínua. De modo a facilitar a determinação da minha elegibilidade para receber ajuda ao pagamento da cobertura de cuidados de saúde nos anos futuros, aceito autorizar a HealthSource RI a utilizar os dados sobre rendimentos, incluindo informações provenientes de declarações de rendimentos para o próximo ano de cobertura (2015). A HealthSource RI enviar-me-á uma notificação, permitirá que efetue alterações e poderei escolher sair em qualquer altura.

Aceito (I Agree)

Não aceito e pretendo continuar com a apresentação de uma candidatura e compra de seguro de saúde sem verificar a minha elegibilidade para outros programas e apoios

Compreendo que posso alterar a minha autorização, a qualquer altura, através da HealthSource RI e/ou Medicaid.  Sim  Não

Li ou foram-me explicados os meus direitos e responsabilidades e recebi uma cópia dos *Direitos de Responsabilidades* da HealthSource RI (indicados nas páginas 3-5 desta candidatura).  Sim  Não

## Leia, cuidadosamente, antes de assinar

### IMPLICAÇÕES FISCAIS DE PROGRAMAS DE ACESSIBILIDADE DE SEGUROS E A SUA AUTORIZAÇÃO PARA A HEALTHSOURCE RI UTILIZAR INFORMAÇÃO FISCAL

De modo a facilitar a determinação da minha elegibilidade para receber ajuda ao pagamento da cobertura de cuidados de saúde nos anos futuros, aceito autorizar a HealthSource RI a utilizar os dados sobre rendimentos, incluindo informações provenientes de declarações de rendimentos para o próximo ano de cobertura (2015). A HealthSource RI enviar-me-á uma notificação, permitirá que efetue alterações e poderei escolher sair em qualquer altura.

Compreendo que se forem efetuados pagamentos adiantados do crédito fiscal para prémios em meu nome, para reduzir o custo da cobertura de cuidados de saúde para mim próprio e/ou para os meus dependentes:

- Tenho de apresentar uma declaração fiscal de rendimentos no ano após o meu ano de cobertura relativamente ao ano fiscal em que recebi a cobertura.
- Se for casado, no final do ano de cobertura, devo apresentar uma declaração fiscal de rendimentos em conjunto com o meu cônjuge.

Espero, de igual modo, que:

Mais ninguém me possa indicar como dependente na respetiva declaração fiscal de rendimentos federal relativamente ao ano de cobertura.

Solicitarei uma dedução de isenção pessoal, na minha declaração fiscal de rendimentos federal, relativamente ao ano de cobertura, para qualquer pessoa indicada nesta candidatura como dependente que esteja inscrita na cobertura através deste mercado oficial e cujo prémio para cobertura seja pago total ou parcialmente por pagamento antecipados.

Se alguma das situações acima sofrer alterações, compreendo que poderá ter impacto sobre a minha capacidade de obter crédito fiscal antecipado para prémios.

Compreendo, de igual modo, que, quando apresento a minha declaração fiscal de rendimentos federal, o Serviço de Finanças (Internal Revenue Service – IRS) procederá à comparação dos rendimentos mencionados na minha declaração de rendimentos com os rendimentos mencionados na minha candidatura. Compreendo que se os rendimentos mencionados na minha declaração de rendimentos forem inferiores ao montante de rendimentos mencionado na minha candidatura, poderei ser elegível para obter um montante de crédito fiscal adicional. Por outro lado, se os rendimentos mencionados na minha declaração de rendimentos forem superiores ao montante de rendimentos mencionado na minha candidatura, poderei ter de pagar impostos federais sobre os rendimentos adicionais.

## Declaração e assinatura

Li e compreendi a informação presente nesta candidatura. Certifico, sob pena de falso testemunho, que as minhas respostas estão corretas, incluindo a informação sobre cidadania e estatuto de residente estrangeiro, e completas tanto quanto é do meu conhecimento. É do meu conhecimento que, ao abrigo das Leis Gerais de Rhode Island, secção 40-6-15, pode ser imposta uma multa máxima de 1000 \$, ou pena de prisão até cinco (5) anos, ou ambas, a uma pessoa que obtenha, ou tente obter, ou ajude ou incite qualquer pessoa a obter, ajudas públicas a que não tenha direito ou que, propositadamente, não declare rendimentos, recursos ou circunstâncias pessoais ou aumentos destes que excedam o montante previamente declarado.

Sob pena de falso testemunho, confirmo a identidade dos menores de idade identificados no presente documento e que toda a informação indicada nesta candidatura é verdadeira. Compreendo que estou em violação da lei caso faculte informações incorretas e que posso ser punido ao abrigo da lei federal, estadual ou ambas.

**Assinatura**

**Data**

**Assinatura de cônjuge**

**Data**



**HealthSourceRI**

EXECUTIVE OFFICE OF HEALTH AND HUMAN SERVICES  
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES

## ANEXO A

### Informação adicional sobre rendimentos (se necessária)

Utilize estas páginas se precisar de mais espaço para incluir informações sobre rendimentos de outros membros do agregado familiar, salvo se já tiver facultado tal informação. (Faça cópias caso precise de adicionar informação sobre rendimentos para mais do que um membro do agregado familiar.)

Emprego e rendimentos atuais			
1. Esta pessoa encontra-se, atualmente, a trabalhar por conta própria?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
1a. Se SIM, indique o tipo de trabalho:		1b. Rendimento bruto de trabalho por conta própria: _____ (inclua as suas despesas derivadas de trabalhar por conta própria na resposta à questão 5.)	
2. Esta pessoa está, atualmente, empregada (sem ser como trabalhador por conta própria)?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Caso esta pessoa se encontre, atualmente, empregada, preencha a seguinte informação sobre o empregador e rendimentos.			
2a. Nome do empregador 1:		2b. Número de identificação do empregador	
2c. Endereço do empregador		Cidade	Estado
			Código postal
2d. Salário/gorjetas antes de impostos:		2e. Frequência de salário/gorjetas: <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Quinzenalmente <input type="checkbox"/> Mensalmente <input type="checkbox"/> Anualmente	
		2f. Número médio de horas de trabalho semanais	
Se esta pessoa tiver outro empregador, preencha a seguinte informação sobre esse empregador e rendimentos.			
3a. Nome do empregador 2:		3b. Número de identificação do empregador	
3c. Endereço do empregador		Cidade	Estado
			Código postal
3d. Salário/gorjetas antes de impostos:		3e. Frequência de salário/gorjetas: <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Quinzenalmente <input type="checkbox"/> Mensalmente <input type="checkbox"/> Anualmente	
		3f. Número médio de horas de trabalho semanais	

*Copie esta página para acrescentar empregadores adicionais para este membro do agregado familiar.*

## Outros rendimentos

4. Esta pessoa dispõe de outras fontes de rendimentos? **Se SIM**, selecione todas as opções aplicáveis. **Se NÃO**, avance para a questão 5.

NOTA: Não inclua abono de família, pagamentos a veteranos diferentes de pensões ou rendimentos de segurança suplementares (Supplemental Security Income – SSI)

Fontes	Quanto (\$)	Com que frequência
4a. Benefícios da segurança social <input type="checkbox"/>		
4b. Desemprego <input type="checkbox"/>		
4c. Aposentação <input type="checkbox"/>		
4d. Pensão de alimentos recebida <input type="checkbox"/>		
4e. Pagamentos de dividendos <input type="checkbox"/> <i>As empresas comunicam-lhe estes rendimentos através de um impresso IRS 1099-DIV, todos os anos.</i>		
4f. Mais-valias <input type="checkbox"/> <i>Lucros provenientes da venda de investimentos, como ações.</i>		
4g. Pensões <input type="checkbox"/>		
4h. Rendimentos de atividades agrícolas/piscatórias <input type="checkbox"/>		
4i. Rendimentos de locação ou royalties <input type="checkbox"/> <i>Trata-se dos rendimentos mensais provenientes da locação de uma propriedade não incluída nas atividades de trabalho por conta própria.</i>		
4j. Juros <input type="checkbox"/>		
4k. Investimento <input type="checkbox"/>		
4L. Outros rendimentos (apoio financeiro, etc.) <i>Tipo:</i> <input type="checkbox"/>		
4m. Tipo de <i>outros rendimentos:</i> <input type="checkbox"/>		

## Deduções

Colocamos estas questões devido a estas despesas poderem reduzir o montante de rendimentos que contabilizamos para alguns tipos de cobertura de cuidados de saúde, tal como os Serviços de Finanças as utilizam para reduzir o montante de impostos que deve. Ao informar-nos sobre tais despesas, pode reduzir, ligeiramente, o custo da cobertura de cuidados de saúde.

**As deduções** são pagamentos que podem ser subtraídos ao total dos seus rendimentos.

**As deduções empresariais** são os custos da administração de uma atividade empresarial que devem ser pagos antes de a empresa poder declarar o lucro. O trabalho por conta própria, os rendimentos de locação/royalties e os rendimentos provenientes de atividades agrícolas/piscatórias serão alvo de deduções empresariais que devem ser **somadas e introduzidas, como um valor único, abaixo**. Para obter mais informações sobre deduções de atividades de trabalho por conta própria, consulte «Instruções para o Anexo C» (Instructions for Schedule C) em [www.irs.gov](http://www.irs.gov).

5. Indique, abaixo, quaisquer itens que possam ser deduzidos numa declaração de rendimentos federal. As deduções permitidas incluem, sem cariz limitativo, o seguinte:

Pensão de alimentos paga	Prestações de conta poupança de saúde	Deduções relativas à atividade de trabalho por conta própria
Juros de empréstimos de estudante	Prestações de conta de aposentação antes da tributação (exceto prestações para Roth IRA)	Plano de aposentação de atividade de trabalho por conta própria
Propinas e despesas de educação	Custos de mudança de residência associados a mudança de emprego	Prémio de seguro de saúde de atividade de trabalho por conta própria

Deduções	Quanto (\$)	Com que frequência
5a. Tipo: <input type="checkbox"/>		
5b. Tipo: <input type="checkbox"/>		
5c. Tipo: <input type="checkbox"/>		
5d. Tipo: <input type="checkbox"/>		

## Rendimentos de índio americano/nativo do Alasca

6. Algum dos rendimentos declarados relativamente a esta pessoa proveio de qualquer uma destas fontes:

- Pagamentos per capita de uma tribo provenientes de recursos naturais, direitos de utilização, locações
- Pagamentos provenientes de recursos naturais, atividades agrícolas, pecuárias, piscatórias, locações ou royalties de terra designada como propriedade índia protegida (Indian Trust Land) pelo Ministério do Interior (Department of the Interior) (incluindo reservas e antigas reservas)
- Dinheiro proveniente da venda de bens com importância cultural

6a. Se SIM: Quanto (\$)

Com que frequência

## Previsão de rendimentos para o próximo ano (opcional)

7. Se os rendimentos desta pessoa não forem fixos, de mês para mês, qual o montante que está previsto receber no próximo ano?

\_\_\_\_\_ \$

## **ANEXO B**

# ESTADO de RHODE ISLAND

HealthSource RI e Gabinete Executivo de Saúde e Serviços Humanos (Executive Office of Health and Human Services – EOHHS) de Rhode Island

### **Aviso de práticas de privacidade**

Este aviso descreve o modo como a informação pessoal e médica sobre as pessoas pode ser recolhida, utilizada e divulgada pela HealthSourceRI e como as pessoas podem obter acesso a esta informação.

A HealthSource RI está fortemente empenhada em proteger a privacidade dos seus utilizadores. A informação pessoalmente identificável apenas será utilizada para ajudar os utilizadores a encontrarem, candidatarem-se a, comprarem e inscreverem-se em coberturas de cuidados de saúde, incluindo opções públicas e privadas. Utilizamos as principais tecnologias existentes para assegurar a segurança e confidencialidade da informação pessoalmente identificável que nos é facultada pelos nossos utilizadores.

Se, a qualquer altura, uma pessoa tiver dúvidas sobre a respetiva autorização para a partilha de informação pessoalmente identificável ou se pretender retirar a autorização para a utilização, por parte da HealthSource RI, da respetiva informação pessoalmente identificável para os fins descritos no presente aviso, tal pessoa deve contactar a HealthSource RI através do 1-855-609-3304.

Na presente política, mencionamos informação que o pode identificar como uma pessoa específica, tal como o seu nome, número de telefone, endereço de correio eletrónico, número de segurança social ou número de cartão de crédito, como «informação pessoalmente identificável». A «informação pessoalmente identificável» também inclui qualquer informação relacionada com a sua saúde ou historial médico.

Tenha em consideração as seguintes informações importantes relativamente à nossa política de privacidade:

- 1. A utilização e divulgação de informação relativa a candidatos e pessoas inscritas serão limitadas aos fins diretamente ligados ao seguinte:**
  - a. À administração da HealthSource RI. Tais fins incluem a determinação de elegibilidade para inscrição em cobertura de cuidados de saúde, determinação de elegibilidade para outros programas de acessibilidade de seguros ou determinação de elegibilidade para isenções da obrigatoriedade de ter cobertura de cuidados de saúde.
  - b. A qualquer investigação, acusação ou processo penal ou civil que envolva a administração da HealthSource RI.
  - c. À administração de qualquer outro programa de assistência federal ou estadual que disponibilize apoio, monetário ou em géneros, ou serviços, diretamente a pessoas com base na necessidade.
  - d. Qualquer outra divulgação será efetuada com a autorização do candidato/inscrito.
- 2. A seguinte informação descreve o processo de recolha de informação pessoalmente identificável, no decorrer normal da atividade da HealthSource RI, de modo a processar as candidaturas a seguro.**

**a. Registo**

Iniciamos a recolha de informação pessoalmente identificável das pessoas quando estas efetuam o registo connosco. As pessoas podem registar-se nos nossos serviços através do nosso website ([healthsourceri.com](http://healthsourceri.com)), introduzindo um endereço de correio eletrónico e, caso estejam a criar uma conta, selecionando uma palavra-passe. As pessoas também podem efetuar o registo nos nossos serviços através do nosso Centro de Contacto, fornecendo determinadas informações pessoais ou de contacto (por exemplo, endereço de correio eletrónico, número de telefone, sexo, data de nascimento) a um dos nossos representantes de serviço ao cliente.

**b. Candidatura para seguro de saúde e outros produtos.**

Se uma pessoa se candidatar a um seguro de saúde ou a outro produto através do nosso website, poderemos solicitar-lhe que nos faculte informações pessoalmente identificáveis e/ou informações de saúde relacionadas consigo ou com qualquer membro do respetivo agregado familiar que seja incluído na candidatura. Estas informações serão utilizadas pela seguradora escolhida pela pessoa para o processamento da candidatura. Em acréscimo, poderemos solicitar informação de cartão de crédito ou bancária, a qual será utilizada para processar candidaturas ou recolher taxas associadas a candidaturas ou prémios de seguros após a aprovação de uma candidatura.

**c. Fornecer um orçamento ou processamento de candidaturas.**

Poderemos utilizar as informações pessoalmente identificáveis para entrar em contacto com os candidatos/inscritos, quando necessário, para processar uma candidatura ou para fornecer um orçamento. Por exemplo, serão enviadas mensagens de correio eletrónico, durante o processo de candidatura, para informar os candidatos/inscritos sobre o estado da candidatura e para procurar obter informação adicional necessária no contexto da mesma.

**d. Satisfação do cliente, referências e outros produtos.**

Nós, ou os nossos fornecedores de serviços, poderemos entrar em contacto com os candidatos/inscritos para avaliar a respetiva satisfação com o nosso serviço, mencionar os nossos produtos e serviços a outras pessoas, e/ou informá-los de produtos e serviços adicionais.

**3. Não vendemos informação pessoalmente identificável a qualquer outra pessoa.**

**4. Não divulgamos informação pessoalmente identificável a terceiros, salvo se for aplicável uma das seguintes exceções limitadas.**

**I. Seguradoras, representantes/agentes de seguros de saúde e navegantes licenciados, governo estadual e federal.** Quando alguém apresenta uma candidatura a um produto de seguro disponibilizado por nós, procedemos, então, à divulgação da informação pessoalmente identificável de tal pessoa junto da seguradora escolhida por esta, de modo a que a sua candidatura possa ser processada.

**II. Se alguém apresentar uma candidatura para um produto de seguro através de uma seguradora ou agência, ou através de um navegante ou de outro assistente de candidatura que tenha uma relação connosco, poderemos, então, partilhar a informação pessoalmente identificável de tal pessoa com a entidade em questão, para os fins de processar a respetiva candidatura ou inscrição.** Estes parceiros apenas estão autorizados a utilizar a informação pessoalmente identificável para processar o formulário de orçamento, candidatura ou inscrição solicitado, e estão contratualmente obrigados a manter a confidencialidade.

**III. Fornecedores de serviços.** Poderemos divulgar informações pessoalmente identificáveis a outras empresas que nos ajudem a processar candidaturas a seguros ou a entrar em contacto com os candidatos/inscritos. Por exemplo, poderemos facultar informações pessoalmente identificáveis a um fornecedor de serviços para que este envie, aos inscritos, contas mensais e processe os pagamentos recebidos. As empresas que contratamos para processar as candidaturas a seguros ou para entrar em contacto com os candidatos/inscritos não estão autorizadas a utilizar as informações pessoalmente identificáveis para fins próprios e estão contratualmente obrigadas a manter a confidencialidade.

**IV. Obrigações legais.** Poderemos divulgar ou comunicar informações pessoalmente identificáveis quando for nossa opinião, em boa-fé, que a divulgação é necessária ou exigida ao abrigo da lei, por exemplo, para colaborar com entidades reguladoras ou autoridades de aplicação da lei ou para a resolução de litígios do consumidor.

**V. Autorização.** Poderemos divulgar ou comunicar informações pessoalmente identificáveis a terceiros apenas mediante autorização revestida de forma escrita por parte da pessoa sobre a qual pretendemos divulgar a informação pessoalmente identificável. Por exemplo, poderemos divulgar informações pessoalmente identificáveis a um amigo ou familiar que esteja a ajudar uma pessoa a obter cobertura de cuidados de saúde, mas apenas com autorização da mesma.

Excluindo as exceções acima mencionadas, não procederemos à partilha de informações pessoalmente identificáveis com terceiros.

## **5. Recolhemos informações anónimas sobre os utilizadores para os nossos próprios fins internos, e poderemos partilhá-las com terceiros.**

As informações anónimas são qualquer informação que não identifique, pessoalmente, uma pessoa, incluindo informação demográfica agregada, como o número de visitantes do nosso website de um estado específico. Utilizamos informações anónimas principalmente para fins de marketing e para melhorar os serviços que disponibilizamos.

Poderemos utilizar «Cookies», «Clear Gifs», endereços de «Protocolo de Internet» e outras tecnologias de monitorização para recolher informações anónimas. Os «Cookies» são pequenos ficheiros que são armazenados no seu navegador de Internet para ajudar um determinado sistema a reconhecer um utilizador e as páginas que este visitou num website. Os «Clear gifs» são gráficos minúsculos com um identificador exclusivo, de função semelhante aos cookies, utilizados para acompanhar os movimentos online dos utilizadores de um website. Pode encontrar mais informações sobre cada uma destas ferramentas em baixo.

**«Cookies»:** O nosso website utiliza cookies para fazer com que a experiência online do utilizador seja mais cómoda. Por exemplo, poderemos utilizar um cookie para armazenar informações da conta entre sessões e para manter informações relativamente a orçamentos solicitados por um utilizador durante a sua última sessão. Além disso, poderemos utilizar dados dos cookies para vários fins internos, tais como o estudo do modo de como os utilizadores navegam no nosso website. Não recolhemos qualquer informação pessoalmente identificável dos cookies. Além disso, nenhuma outra informação que recolhemos dos cookies pode ser associada a informações pessoalmente identificáveis.

A maioria dos navegadores aceita, automaticamente, cookies, mas, se preferir, pode definir o seu navegador para recusar cookies. Mesmo sem cookies, pode utilizar a maioria das funcionalidades do nosso website, incluindo a obtenção de orçamentos e a candidatura a uma apólice de seguro.

«Clear gifs»: A principal diferença entre «cookies» e «clear gifs» é a de os clear gifs serem invisíveis na página e serem de dimensão bastante inferior à dos cookies. Não recolhemos qualquer informação pessoalmente identificável dos clear gifs. Além disso, nenhuma das informações que recolhemos dos clear gifs pode ser associada a informações pessoalmente identificáveis.

Utilizamos serviços de análise da Internet de terceiros para acompanhar e analisar a utilização anónima e o volume de informação estatística de visitantes, para nos ajudar a administrar o nosso website, analisar tendências, melhorar o desempenho do nosso website e comunicar o tráfego do website. Estes serviços de análise de Internet utilizam cookies, clear gifs, ficheiros de registo e outras tecnologias de monitorização da Internet para ajudar a acompanhar o comportamento do visitante em nosso nome. Estes serviços não utilizam estas tecnologias para recolher qualquer informação pessoalmente identificável dos visitantes do website.

**6. Protegemos a confidencialidade e a segurança da informação pessoalmente identificável.**

Implementamos salvaguardas físicas, eletrónicas e procedimentais para proteger a sua informação pessoalmente identificável.

**7. Continuamos a avaliar os nossos esforços para proteger informações pessoalmente identificáveis e envidamos todos os esforços para manter as informações pessoalmente identificáveis exatas e atualizadas.**

Efetuaremos uma análise anual de todos os riscos de privacidade, incluindo quaisquer atualizações ou alterações importantes do nosso sistema e/ou política de privacidade. Todos os riscos e alterações serão analisados e tratados, adequadamente, pelos nossos funcionários de segurança e privacidade das informações. Os nossos funcionários de segurança e privacidade das informações também serão responsáveis pela análise pró-ativa dos processos através dos quais a sua informação pessoalmente identificável é recolhida ou mantida (incluindo quando a sua informação pessoalmente identificável é recolhida ou partilhada com os terceiros mencionados no ponto 4), utilizada, divulgada, guardada e eliminada.

Se a informação pessoalmente identificável de uma pessoa sofrer alterações ou caso tal pessoa pretenda contestar a precisão ou integridade da respetiva informação pessoalmente identificável, ou caso alguma pessoa pretenda corrigir ou atualizar a respetiva informação, essa pessoa deve entrar em contacto connosco através do 1-855-609-3304.

As pessoas também podem atualizar as respetivas informações de contacto através dos contactos mencionados acima.

Em acréscimo, os nomes, endereços de correio eletrónico e palavras-passe podem ser atualizados clicando na ligação «Iniciar sessão» (Sign in) no website da HealthSource RI (healthsourceri.com) e iniciando sessão fornecendo o endereço de correio eletrónico e palavra-passe do utilizador. Guardaremos a sua informação enquanto a sua conta estiver ativa ou consoante o necessário para lhe fornecer serviços. Guardaremos e utilizaremos a sua informação consoante o necessário para respeitar as nossas obrigações legais, resolver litígios e aplicar os nossos acordos.

Quando a candidatura tiver sido apresentada a uma seguradora, as pessoas podem ter de entrar diretamente em contacto com a seguradora para atualizar essa mesma candidatura.

**8. Facultaremos um aviso sobre as alterações efetuadas às nossas práticas de privacidade de informação.**

Se formos utilizar informações pessoalmente identificáveis de modo diferente do estipulado aquando da recolha, notificaremos todos os utilizadores através de mensagem de correio eletrónico ou, se previamente solicitado, através de outro meio de contacto. Os utilizadores terão a opção de permitir que utilizemos ou não as respetivas informações pessoalmente identificáveis deste modo novo ou diferente. Se efetuarmos quaisquer alterações substanciais às nossas práticas de privacidade que não afetem as informações pessoalmente identificáveis já armazenadas na nossa base de dados, publicaremos uma notificação destacada, na secção de privacidade do nosso website, para avisar os utilizadores de tal alteração.

Se o nosso sistema for submetido a alterações substanciais, publicaremos uma notificação destacada, na secção de privacidade do mesmo, avisando os utilizadores de tal alteração.

Esta notificação e quaisquer alterações futuras efetuadas à mesma estarão disponíveis no nosso website.

**9. As pessoas podem optar por não receber inquéritos de satisfação e/ou informações sobre produtos e serviços adicionais da nossa parte.**

Poderemos contactar os utilizadores para avaliar a respetiva satisfação com o nosso serviço e/ou para os informar sobre produtos e serviços adicionais.

Os utilizadores podem optar por não receber estes inquéritos e/ou avisos entrando em contacto connosco através do 1-855-609-3304.

Os utilizadores continuarão a receber comunicações da nossa parte relativamente a orçamentos, candidaturas ou apólices de seguros, mesmo se tiverem optado por não receber os nossos inquéritos e/ou avisos sobre produtos e serviços adicionais.

**10. Estamos disponíveis para responder a todas as questões que possam surgir sobre a nossa política de privacidade ou sobre as nossas práticas de privacidade de informação.**

As questões poderão ser-nos colocadas por intermédio do nosso Centro de Contacto através do 1-855-609-3304. Responderemos a essas questões no prazo de 30 dias.

**11. Ligações para outros websites**

O nosso website contém ligações para outros websites. Tenha em consideração que, quando clica numa destas ligações, está a clicar noutro website. Não somos responsáveis pelas práticas de privacidade de informação ou pelo conteúdo de tais websites. Recomendamos que leia as políticas de privacidade destes websites associados, visto as práticas de privacidade de informação destes poderem diferir das nossas.



## Informações aos Requerentes Registo eleitoral em Rhode Island

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

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

### Registo eleitoral

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



# RHODE ISLAND FORMULÁRIO DE REGISTO ELEITORAL

Use uma caneta e preencha com letra de imprensa. Todas as informações são obrigatórias, excepto quando indicado que são opcionais.

**PODE UTILIZAR ESTE FORMULÁRIO PARA: PARA A INSCRIÇÃO ELEITORAL EM RI**  
**TEM DE:**

- Fazer o registo eleitoral em Rhode Island. \* Ser residente legal de Rhode Island.
- Alterar o seu nome e/ou morada no seu registo. \* Ser cidadão dos Estados Unidos.
- Escolher um partido político ou mudar de partido. \* Ter pelo menos 16 anos de idade.  
(Tem de ter pelo menos 18 anos de idade para votar no Dia das Eleições).

## INSTRUÇÕES

**Caixa 2: OBRIGATÓRIO.** Os cidadãos de Rhode Island que tenham pelo menos 16 anos de idade podem fazer um pré-registo eleitoral preenchendo este formulário. Se não marcar uma destas caixas, este formulário ser-lhe-á devolvido. Se marcou NÃO em alguma destas afirmações, não preencha este formulário.

**Caixa 3:** Se está a fazer o registo eleitoral pela primeira vez em Rhode Island por correio ou se alguém o está a fazer por si, é **OBRIGATÓRIO** indicar o número da sua carta de condução ou o número do B.I. estadual emitido pelo Departamento de Veículos Motorizados de Rhode Island (Department of Motor Vehicles - DMV). Se não tiver nenhum deste documentos, deve indicar os 4 últimos dígitos do seu Número de Segurança Social. Se não fornecer as informações acima, ou se as mesmas não puderem ser verificadas, terá de se identificar perante um agente eleitoral antes da votação. Os formulários de identificação aceitáveis encontram-se disponíveis no site da Comissão de Eleições (Board of Elections) em <http://www.elections.ri.gov> ou contacte os seus Agentes Eleitorais (Board of Canvassers) (consulte o verso deste formulário).

**Caixa 5:** Uma pessoa apenas pode ter uma residência legal. Pode registar-se a partir da sua residência legal. Um apartamento ou uma estrada rural apenas podem ser usados como "Endereço Postal" na Caixa 6.

**Caixa 9:** Se pretender afiliar-se para votar, escolha um partido. Se deixar em branco a Caixa 9, será listado como não afiliado.

**Caixa 10:** Deve ASSINAR e DATAR o formulário de registo. Se não assinar nem datar o formulário, este ser-lhe-á devolvido.

**Caixa 11:** Se estiver a actualizar o registo eleitoral porque mudou legalmente de nome, escreva o seu nome legal anterior.

**Caixa 12:** Se estiver a actualizar o registo eleitoral porque mudou de morada, introduza a sua morada anterior, **mesmo se for fora do estado.**

Receberá um aviso de recepção deste formulário de registo eleitoral no prazo de 3 semanas. Se não o receber, contacte os seus Agentes Eleitorais (Board of Canvassers) locais (consulte o verso do formulário para ver a lista). Para perguntas e prazos relacionados com este formulário, vá ao site da Comissão de Eleições em <http://www.elections.ri.gov> ou contacte os seus Agentes Eleitorais locais (consulte o verso do formulário para ver a lista de moradas).

(Este formulário pode ser reproduzido)

<b>1. Seleccione as caixas que se aplicam:</b> <input type="checkbox"/> Novo registo eleitoral <input type="checkbox"/> Alteração de morada <input type="checkbox"/> Alteração de partido <input type="checkbox"/> Alteração de Nome			
<b>2. Sou cidadão dos EUA e resido em RI</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Tenho pelo menos 16 anos de idade <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (tem de ter pelo menos 18 anos de idade para votar). Se marcou <b>NÃO</b> em alguma destas afirmações, não preencha este formulário.		<b>3. Carta de condução ou Número de B.I. de RI:</b> <input type="text"/> Se não tem carta de condução ou B.I. de RI, introduza os 4 últimos dígitos do seu número de segurança social: <input type="text"/> <b>Se não tem nenhum destes números, veja as instruções para a Caixa 3.</b>	
<b>4. Apelido</b> <input type="text"/>		Sufixo (caso tenha) <input type="text"/>	
<b>5. Morada (Não introduza um apartamento)</b> <input type="text"/>		Apt. <input type="text"/>	Cidade/Vila <input type="text"/>
<b>6. Endereço Postal (se diferente da Caixa 5)</b> <input type="text"/>		Estado <input type="text"/>	Código Postal <input type="text"/>
<b>7. Data de Nascimento</b> (mm/dd/aaaa) Mês <input type="text"/> Dia <input type="text"/> Ano <input type="text"/>		<b>8. N.º de Telefone/Endereço de E-mail</b> (opcional) <input type="text"/>	
<b>9. Filiação partidária:</b> <input type="checkbox"/> Americans Elect <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Democrata <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Republicano <input type="checkbox"/> Não filiado <input type="checkbox"/> Outro <input type="text"/>		<b>10. Juro ou afirmo que:</b> - Não estou detido em nenhum estabelecimento prisional por condenação criminal. - Actualmente nenhum tribunal me considerou "mentalmente incapaz" de votar. - As informações que prestei são verdadeiras tanto quanto é do meu conhecimento sob pena de perjúrio. Caso tenha prestado informações falsas, posso ser multado, detido ou (caso não seja cidadão dos EUA) deportado ou ser-me negada a entrada nos Estados Unidos. <i>Official Use For Barcode</i>	
<b>ASSINE O NOME COMPLETO OU COLOQUE UMA MARCA ABAIXO</b> <input type="text"/>			
<b>11. NOME ANTERIOR</b> (se diferente da Caixa 4) <input type="text"/>		<b>12. MORADA DE REGISTO ANTERIOR</b> (Cidade, Estado, CP e Condado) <input type="text"/>	
Aviso: se assinar este formulário sabendo que o mesmo é falso, pode ser condenado e multado com uma coima de \$5000 ou ficar sujeito a uma pena de prisão de até 10 anos.		Está interessado em trabalhar nas votações? (assinale a caixa abaixo) <input type="checkbox"/>	

Return Address

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



Postage  
Required Post  
Office will not  
deliver  
without proper  
postage.

Mail To: **BOARD OF CANVASSERS**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*DOBRE AQUI E COLE NA PARTE SUPERIOR\*\*\*\*\*

**INSTRUÇÕES PARA ENVIAR POR CORREIO O FORMULÁRIO DE REGISTO ELEITORAL**

Um requerente que opte por enviar por correio o formulário de registo eleitoral pode fazê-lo da seguinte forma:

1. Dobre o formulário na linha pontilhada e cole a parte inferior à parte superior deste formulário.
2. Da lista abaixo, localize a morada dos agentes eleitorais na cidade/vila onde está a fazer o registo eleitoral e escreva essa morada no espaço apropriado, por baixo de **“Enviar para: BOARD OF CANVASSERS”** no lado endereçado do formulário de registo eleitoral. Escreva o seu endereço de remetente no espaço fornecido.

**AVISO:** *Todos aqueles que interferir no seu direito à liberdade de registo eleitoral ou de escolha de um partido político serão punidos nos termos da lei. Se entender que alguém interferiu com o seu direito de se registar ou não ou no direito à liberdade de decisão ou de escolha do seu partido político, pode apresentar uma reclamação à Comissão de Eleições, 50 Branch Avenue, Providence, Rhode Island 02904.*

**AGENTES ELEITORAIS LOCAIS**

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

**As perguntas sobre o registo eleitoral podem ser dirigidas a:** Rhode Island Board of Elections  
50 Branch Avenue  
Providence, RI 02904  
elections@elections.ri.gov