

<b>Número do Pedido/Cliente:</b>
(A preencher pela Agência de Ação Comunitária)

Instruções: Por favor, reveja e complete as duas primeiras páginas desta aplicação.

Nome do requerente		Telefone	
Endereço		Telemóvel	
Cidade, Estado, Código Postal			
Email		Número de membros do agregado familiar	

Língua principal do requerente		Precisa de ajuda para traduzir este aplicativo?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
--------------------------------	--	---	------------------------------	------------------------------

			Ver códigos na parte inferior das páginas 2-3										
Enumere todos os membros do agregado familiar (utilizar uma folha adicional, se disponível mais de 7 membros do agregado)			Tipo(s) de Rendimento(s)	Sexo	Etnicidade	Raça	Relação com o requerente	Estado civil	Desativado - Sim ou Não	Veterano - Sim ou Não	SNAP - Sim ou Não	Formação	Doutor
Nome do Membros	Data de nascimento	SSN											

**Tipo de alojamento (verificar um):**

Unifamiliar – Próprio	Unifamiliar – Aluguer	Duplex – Próprio	Duplex – Aluguer	Condomínio – Próprio	Condomínio - Arrendamento
Multifamiliar (2-4) – Próprio	Multifamiliar (2-4) – Aluguer	Multifamiliar (5+) – Próprio	Multifamiliar (5+) – Aluguer	Mobile Home - Próprio	Mobile Home - Aluguer

Vive na Secção 8 ou em habitação subsidiada?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Qual é o seu aluguel mensal ou Custo mensal da habitação?	
--	------------------------------	------------------------------	---	--

O aquecimento está incluído na Aluguel/Condomínio?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	A sua casa recebeu isolamento ou melhorias para economizar energia??	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Partilha um sistema de aquecimento com outra unidade de aluguer ou residência?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Você está interessado no programa de isolamento para reduzir o consumo de energia?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>

Nome do candidato: \_\_\_\_\_ Número do pedido: \_\_\_\_\_

Tipo de aquecimento (verifique um)			Informações do proprietário (completas, se aplicável)	
1. Óleo <input type="checkbox"/>	2. Gás <input type="checkbox"/>	3. Propano <input type="checkbox"/>	Nome do proprietário	
4. Elétrico <input type="checkbox"/>	5. Carvão <input type="checkbox"/>	6. Madeira <input type="checkbox"/>	Endereço do senhorio	
7. Querosene <input type="checkbox"/>	8. Incluído no aluguer <input type="checkbox"/>	9. Pellets <input type="checkbox"/>	Número de telefone do proprietário	
10. Outro (tipo):				

Empresa de Aquecimento		Companhia Elétrica	
Empresa de Aquecimento		Companhia Elétrica	
Conta #		Conta #	
Nome na fatura		Nome na fatura	
Tipo de combustível			

Como teve conhecimento do LIHEAP? \_\_\_\_\_

### ACORDO E ASSINATURA

Atesto que as informações contidas neste formulário são verdadeiras e precisas. Todas as informações sobre esta candidatura são necessárias para determinar a elegibilidade para receber benefícios ao abrigo do Programa de Assistência Energética Doméstica de Baixa Renda de Rhode Island (LIHEAP) e do Programa de Assistência à Meteorização (WAP). Recolher o seu número de Segurança Social não é proibido por lei federal e é obrigatório como estipulação para receber benefícios. Ao fornecer as informações do aplicativo, você autoriza o Departamento de Serviços Humanos de Rhode Island e seus agentes autorizados a verificar os dados fornecidos em bancos de dados ou registos federais, estaduais, distritais, fornecedores de energia, empregadores e proprietários. Também autorizo o meu fornecedor de energia/empresa de serviços públicos a divulgar dados relacionados com a energia relativos à minha casa ao Departamento de Serviços Humanos de Rhode Island ou aos seus agentes autorizados. Afirmando ainda que sou a única pessoa do agregado familiar que se candidata à assistência LIHEAP este ano do programa, e que não me candidatei anteriormente ao LIHEAP neste local ou em qualquer outra agência autorizada pelo LIHEAP. Autorizo o Departamento de Serviços Humanos do Estado de Rhode Island a considerar e verificar se os subcontratados compartilham essas informações para fins de relatório, a fim de administrar de forma eficaz e eficiente os programas de Serviços Humanos. Sei que, se alguma informação que forneço sobre esta candidatura for falsa ou enganosa, será a base para a inelegibilidade e será investigada e processada como fraude.

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Se não receber uma decisão sobre o seu pedido no prazo de 90 dias a contar da data de receção do pedido, tem direito a um processo equitativo e pode interpor recurso. No entanto, tenha em atenção que qualquer informação em falta ou incompleta neste formulário ou na documentação subsequente pode atrasar o processo de candidatura.

### ESTA SECÇÃO SÓ DEVE SER PREENCHIDA PELA AGÊNCIA

**Certificação de Admissão:** Atesto que segui as políticas estabelecidas no Manual de Procedimentos de Admissão e Administração. LIHEAP de Rhode Island ao processar este pedido de benefícios LIHEAP, e que, tanto quanto sei, as informações contidas neste formulário são completas e precisas.

Este requerente candidatou-se  Presencialmente  Via Proxy  Correio

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

<b>Tipo de rendimento:</b>	Salário bruto = W	Trabalho por conta própria = S	Segurança Social = SS	Desemprego = U	Compensação dos Trabalhadores = C
Benefícios dos Veteranos = V	Pensão = P	Dividendos/Juros = D	Rendimentos de arrendamento = R	Pensão alimentícia = A	Pensão alimentícia = IC
RI Works = RIW	Carta de apoio = H	TDI = TD	SSI = SSI	Outros = O	
<b>Raça: Negro/Afro-Americano = 01</b>	Branco = 02	Asiático = 03	Hispano/Latino = 04	Havaiano/Ilhas do Pacífico = 05	

Índio americano/nativo do Alasca=06	Sem resposta=07	Outros=08	Duas ou mais raças=09
-------------------------------------	-----------------	-----------	-----------------------

<b>Etnia:</b>	Hispano/Latino/Espanhol=01		Não-hispânico/latino/espanhol=02			Desconhecido/Não notificado=03		
<b>Relação:</b>	Requerente=A	Cônjuge=S	Criança = C	Criança adotiva = CF	Mãe=M	Pai=F	Pai da criança = D	Irmã = G
Irmão=B	Avô=E	Tia = Eu	Tio = U	Primeiro = L	Sobrinha=N	Sobrinho=R	Não relacionado=Z	Outro=O
<b>Sexo:</b>	Feminino = F	Masculino = M	Outro/Não divulgado=O	Desconhecido=U				
<b>Médico:</b>	Medicare=01	Medicaid = 02	Privado=03	Nenhum=0 4	Cuidados com o Rito = 05	Outra incógnita=06		
<b>Formação:</b>	0-8ª série = A	9-12º Não classificado = B	Pós-graduação HS/GED=C	12+ algum pós-secundário =D		Diploma universitário de 4 anos = E		Sem resposta=U