

## Formulário de relato de alterações

---

Data \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_

Use este formulário para relatar quaisquer das seguintes alterações na sua situação domiciliar:

- Alterações em fontes de renda, inclusive iniciar ou sair de um emprego, ou mudar de emprego, se a mudança de emprego for acompanhada de mudança de renda.
- Alterações nos seus rendimentos não salariais quando forem maiores ou menores que \$50 ou mais por mês. Você não tem que relatar alterações no seu benefício de RIW ou GPA.
- Alterações no seu rendimento salarial bruto de \$100 ou mais em relação ao último valor usado para calcular a parcela do seu domicílio.
- Um carro, ou veículo licenciado, se alguém no seu domicílio obtiver um.
- Quando dinheiro em caixa, ações, títulos, cartões de débito e dinheiro em uma conta bancária ou poupança totalizarem \$2.250 ou mais (\$3.250 se o seu domicílio inclui um membro que tenha 60 anos de idade ou mais, ou seja deficiente). Domicílios que recebem SNAP/RIW devem relatar alterações em ativos, quando atingirem \$1000 ou mais.
- Alterações na obrigação legal de pagar pensão alimentícia.
- Alterações na quantidade de pessoas no seu domicílio.
- Seu novo endereço, se você se mudar.

Você deve relatar as alterações acima **dentro de 10 dias** de quando ficar sabendo delas. Isto assegurará que você receba o valor correto dos benefícios de SNAP/RIW.

Se, por algum motivo, você não puder enviar este formulário pelo correio, você pode relatar as alterações ligando para nós pelo telefone \_\_\_\_\_.

**PARA A AGÊNCIA INCLUIR NA LINHA ACIMAR.**

Quando o valor do total das despesas médicas mensais de membros do domicílio com 60 anos de idade ou mais, ou que recebem benefícios do Supplemental Social Security (SSI) ou benefícios de pagamento do Social Security Disability aumenta, estas despesas poderiam resultar em mais benefícios do SNAP para o seu domicílio. Embora o relato de mudanças nas despesas médicas entre recertificações seja voluntário, você pode se qualificar para benefícios adicionais do SNAP se estas despesas aumentarem.

Você também pode usar este formulário para relatar mudanças no custo de cuidados de crianças ou de adultos deficientes, ou mudanças nos custos de abrigo.

Se você relatar e fornecer comprovante das suas despesas, você receberá o valor máximo de benefícios do SNAP permitido. Falha em relatar ou em fornecer comprovante de suas despesas será considerada como a sua declaração de que você não quer receber uma dedução pela despesa não relatada ou não comprovada.

Se você propositadamente ocultar informações sobre alterações em seu domicílio, você nos deverá o valor de qualquer benefício extra de SNAP/RIW que você receba como resultado. Você também pode ser barrado do Programa de Assistência Nutricional Complementar por 12 meses, 24 meses ou permanentemente, e pode ser multado, preso, ou ambos.

**Se você não informar o seu número do social security**

Nome	INSIRA O N° DO SEU SS COM 9 DÍGITOS; HIFENS SERÃO FORMATADOS AUTOMATICAMENTE	
1.	Idade	N° do Social Security
2.		
3.		

**Se salário ou qualquer outra fonte de renda mudar**

Você deve nos informar alterações em fontes de renda, inclusive iniciar ou sair de um emprego, ou mudar de emprego, se a mudança de emprego for acompanhada de mudança de renda.

Você deve nos informar alterações em seus rendimentos não salariais quando forem maiores ou menores que \$50 ou mais por mês.

Você não tem que relatar alterações no seu benefício de RIW ou GPA. Também, você deve nos informar alterações no seu rendimento salarial bruto de \$100 ou mais por mês em relação ao último valor usado para calcular a parcela do seu domicílio, e mudanças de emprego que resultem em uma alteração de renda.

Nome	De onde vem a renda?	Novo valor total	Recebido com que frequência?
1.		\$	
2.		\$	
3.		\$	

**Se a quantidade de carros ou veículos licenciados mudar**

Alguém no seu domicílio comprou/obteve um carro, caminhão, barco, trailer, motocicleta ou outro veículo licenciado desde a última vez em que você nos informou sobre os veículos que o seu domicílio possui?

Sim Não

Marca	Modelo	Ano

Alguém na sua residência vendeu ou trocou um veículo licenciado desde a última vez que você nos reportou os carros e outros veículos de propriedade do seu domicílio?

Sim Não

Quanto você recebeu por ele? \$ \_\_\_\_\_

Marca	Modelo	Ano

**Se as suas economias aumentarem**

Você precisa nos informar se o valor total que os membros do seu domicílio têm em dinheiro em espécie, contas de poupança, contas-correntes e em ações e títulos, aumentar para mais de \$2.250 (\$3.250 se o seu domicílio inclui um membro com 60 anos de idade ou mais, ou que seja deficiente). O domicílio que recebe SNAP/RIW deve relatar alterações nos ativos quando atingirem \$1000 ou mais.

Qual é o valor total que o seu domicílio possui agora? \$ \_\_\_\_\_

**Se alguém se mudar**

Algum membro do seu domicílio se mudou ou faleceu? Há novos membros no seu domicílio?

Em caso afirmativo, liste-os e forneça todas as informações solicitadas abaixo e certifique-se de relatar seus SSNs no espaço fornecido abaixo. Inclua recém-nascidos.

Nome(s)	Deixou o en el hogar	Ingressou no domicílio	Esta pessoa é deficiente?	Idade	Renda bruta
1.			Sim Não		\$
2.			Sim Não		\$
3.			Sim Não		\$

**Se você se mudou ou houve alteração no valor do seu aluguel ou hipoteca**

Se você se mudou, qual é o seu novo endereço para correspondência?

Endereço

Cidade

Estado

CEP + 4 OPCIONAIS

Se você não tem um endereço físico, informe-nos como chegar à sua residência.

Número(s) de telefone em que você pode ser encontrado:

Se você se mudou, você também deve listar suas novas despesas abaixo. Você também pode usar esta seção para nos informar que o valor do seu aluguel ou hipoteca aumentou.

Pagamento de aluguel  
ou hipotecaSeguro da residência  
(se não incluído na hipoteca)Imposto predial/territorial  
(se não incluído na hipoteca)

Novo valor

\$

\$

\$

Você mora em uma pensão?

Sim

Não

**Se os seus custos com serviços de utilidade pública ou cuidados com dependentes aumentarem**

As suas contas de serviços de utilidades públicas (custos de gás, óleo, eletricidade, aquecimento e refrigeração, etc.) ficaram mais caras? Você começou a pagar alguém para cuidar de uma criança ou adulto dependente, ou estes custos aumentaram? Em caso afirmativo, você pode ser elegível a

mais benefícios do SNAP. Use o espaço abaixo para nos informar que custos aumentaram, o novo valor que você está pagando e com que frequência você é cobrado.

Tipo de custo

Novo valor

Frequência de cobrança

\$

\$

\$

**Se determinadas despesas médicas de membros do domicílio aumentarem ou diminuïrem**

Liste as despesas médicas de todos os membros do domicílio com mais de 60 anos de idade ou que recebem benefícios do Supplemental Security Income (SSI) ou pagamentos de Social Security.

Disability se o total mensal das despesas médicas aumentarem ou diminuïrem mais de \$25 por mês.

Valor

Qual é a frequência do vencimento de cada pagamento?

Serviços médicos e odontológicos

\$

Assistência hospitalar ou de enfermagem

\$

Seguro de saúde e pagamentos médicos

\$

Medicamentos receitados por um médico

\$

Dentaduras, aparelhos auditivos e óculos

\$

Custos de transporte para obter cuidados médicos

\$

Serviços de um atendente ou enfermeira

\$

Outro (Explique)

\$

Liste os nomes dos membros do domicílio que têm estas despesas.

## Advertência de penalidade

Qualquer pessoa em seu domicílio que intencionalmente quebrar qualquer uma destas regras pode ser barrado do Programa de Assistência Nutricional Complementar (SNAP) por 12 meses, 24 meses, permanentemente, multado até \$250.000, preso por até 20 anos, ou ambos, além de estar sujeito a processo sob as leis federais aplicáveis. Ele também pode ser barrado do SNAP por mais 18 (dezoito) meses, se ordenado pelo tribunal.

Indivíduos que um tribunal local, estadual ou federal considere que tenham usado ou recebido benefícios do SNAP em uma transação envolvendo a venda de armas de fogo, munição ou explosivos, serão permanentemente inelegíveis ao Programa do SNAP na primeira ocasião de tal violação.

Indivíduos que o Departamento considere, ou sejam considerados culpados por um tribunal estadual ou federal por terem feito uma declaração ou representação fraudulenta a respeito de sua identidade ou local de residência a fim de receberem múltiplos benefícios simultaneamente sob o programa SNAP serão inelegíveis a participar do programa por um período de 10(dez) anos.

Indivíduos considerados culpados por um tribunal por usarem ou receberem benefícios em uma transação envolvendo a venda de uma substância controlada não serão elegíveis a benefícios por dois anos pela primeira ofensa, e permanentemente pela segunda ofensa.

Indivíduos considerados culpados por um tribunal por comprarem ou venderem drogas ilegais ou certas drogas vendidas sob receita em troca de benefícios do SNAP serão proibidos de participar no SNAP por 24 meses pela primeira ofensa e permanentemente pela segunda ofensa.

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

**NÃO** dê informações falsas ou esconda informações para obter ou continuar a obter benefícios do SNAP. **NÃO** comercialize ou venda cartões EBT. **NÃO** use benefícios do SNAP para comprar itens inelegíveis, tais como bebidas alcoólicas e tabaco. **NÃO** use o cartão EBT de outra pessoa para o seu domicílio. **NÃO** pague por alimentos comprados a crédito com benefícios do SNAP. Fazer isso pode resultar em desqualificação do programa.

---

### DECLARAÇÃO DE NÃO DISCRIMINAÇÃO

De acordo com a legislação federal dos direitos civis e as políticas e regulamentos dos direitos civis do Departamento de Agricultura dos EUA (USDA), o USDA, suas agências, gabinetes e funcionários, e instituições que participam ou administram os programas do USDA estão proibidos de discriminar com base em raça, cor, nacionalidade, sexo, credo religioso, deficiência, idade, crenças políticas, ou represália ou retaliação por prévia atividade de direitos civis em qualquer programa ou atividade conduzida ou financiada pelo USDA. Pessoas com deficiências que requeiram meios alternativos de comunicação para obter informações sobre o programa (ex: Braille, caracteres grandes, fitas de áudio, Linguagem Americana de Sinais, etc.), devem entrar em contato com a Agência (estadual ou local) onde solicitaram os benefícios. Indivíduos surdos, com deficiências auditivas ou da fala podem entrar em contato com o USDA através do Serviço Federal de Relay pelo telefone (800) 877-8339. Além disto, informações sobre o programa podem estar disponíveis em outros idiomas além de inglês. Para apresentar uma queixa de discriminação contra o programa, preencha o Formulário de Queixa contra Discriminação do Programa do USDA (AD-3027) encontrado online em: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), e em qualquer escritório do USDA, ou escreva uma carta endereçada ao USDA e forneça na carta todas as informações solicitadas no formulário. Para solicitar uma cópia do formulário de queixa, ligue para (866) 632-9992. Envie seu formulário preenchido ou carta para o USDA por: (1) correio: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; (2) fax: (202) 690-7442; ou (3) e-mail: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov). Esta instituição promove igualdade de oportunidades.

De acordo com o Título VI da Lei de Direitos Civis de 1964 (42 U.S.C. 2000d et seq.), Seção 504 da Lei de Reabilitação de 1973, conforme emendado (29 U.S.C. 794), Lei de Americanos com Deficiências de 1990 (42 U.S.C. 12101 et seq.), e Título IX de Emendas da Educação de 1972 (20 U.S.C. 1681 et seq.), a Lei de Alimentos e Nutrição de 2008, a Lei de Discriminação por Idade de 1975, regulamentos de aplicação do Departamento de Saúde e Serviços Humanos (45 C.F.R. Partes 80 e 84) e regulamentos de aplicação do Departamento de Educação dos EUA (34 C.F.R. Partes 104 e 106), e o Departamento de Serviços de Agricultura, Alimentos e Nutrição dos EUA (7 C.F.R. 272.6); o Departamento de Serviços Humanos (DHS), não discrimina com base em raça, cor, nacionalidade, deficiência, religião, crenças políticas, idade, religião ou sexo em aceitação ou prestação de serviços, emprego ou tratamento, em sua educação e outras atividades do programa. Sob outras provisões da lei aplicável, o DHS não discrimina com base em orientação sexual, identidade de gênero ou expressão. Para obter mais informações sobre estas leis contra discriminação, regulamentos e procedimentos para a resolução de queixas contra discriminação, entre em contato com DHS em 57 Howard Avenue, Cranston, Rhode Island 02920, telefone 462-2130 (para surdos/deficientes auditivos 462-6239 ou 711). O Agente de Ligação das Relações Comunitárias é o coordenador da implementação do Título VI, o Administrador do Gabinete de Serviços de Reabilitação (ORS) ou seu designado é o coordenador da implementação do Título IX, Seção 504 e ADA. O Diretor do DHS ou seu designado tem a responsabilidade em geral pela conformidade com os direitos civis de todos os programas das agências.

**Sua assinatura**


---

Entendo a penalidade por esconder ou dar informações falsas. Também entendo que deverei o valor de quaisquer benefícios adicionais do SNAP que eu receber por não relatar completamente alterações no meu domicílio. Concordo em comprovar quaisquer alterações que eu relatar, caso seja solicitado. Minhas respostas neste formulário estão corretas e completas tanto quanto é do meu conhecimento.

Entendo que a minha assinatura autoriza agentes locais, estaduais e federais a entrarem em contato com outras pessoas ou organizações a fim de verificarem as informações que forneci.

---

¿Prevé que los cambios que informé seguirán en el mismo estado el próximo mes?

Sim

Não

Se você respondeu não, explique:

---

Sua assinatura

Data de hoje

**Se os seus benefícios mudarem**


---

Usaremos as suas respostas neste formulário para determinar se os benefícios do seu domicílio mudarão. Se os seus benefícios mudarem, nós lhe enviaremos uma notificação. Se você não concordar com a decisão da agência, você pode ter uma audiência justa. Um oficial da audiência determinará o desfecho (ou resultado) da sua audiência.