



Requerimento para obtenção dos Benefícios SNAP (Supplemental Nutrition Assistance Program)

INSTRUÇÕES PARA PREENCHER O FORMULÁRIO DE REQUERIMENTO

- Tente responder a tantas perguntas quanto lhe for possível.
- Na 1ª página do formulário de requerimento, indique o número de telefone através do qual pode ser contactado durante os dias úteis ou através do qual seja possível deixar-lhe uma mensagem.
- Não se esqueça de assinar o seu nome antes de entregar o formulário de requerimento.
- Não se esqueça de ler o Aviso de Direitos, Responsabilidades e Sanções.
- Você pode preencher uma aplicação incompleta, preenchendo o seu nome e endereço na página 1 e sua assinatura na página 5 e completar o resto da aplicação mais tarde. Esta informação mínima irá estabelecer a sua data inicial de aplicação. Você pode, depois, enviá-la por correio para DTA Document Processing Center, P.O. Box 4406, Taunton, MA 02780-0420, ou por fax para 1 (617) 887-8765.
- Benefícios SNAP serão retroativo à data que você aplicou.

O(A) SENHOR(A) TEM DE SER ENTREVISTADO(A): O DTA examinará o seu requerimento quando for recebido e entrará em contato com você para falar sobre as informações que você apresentou no seu requerimento.

Nota: Se o DTA não puder entrar em contato com você, você receberá uma carta para marcar uma entrevista por telefone.

O(A) SENHOR(A) TEM DE APRESENTAR COMPROVANTES: Durante a sua entrevista, o DTA explicar-lhe-á que comprovantes e que informações o/a senhor(a) terá de apresentar para receber os benefícios SNAP. O DTA enviar-lhe-á uma lista de verificação com os documentos que o(a) senhor(a) tem de apresentar. O(A) senhor(a) terá 30 dias a partir da data em que a sua candidatura for recebida para nos entregar os comprovantes de que necessitamos. Não se esqueça de pedir ajuda ao DTA se tiver dificuldades em conseguir esses comprovantes. Você pode enviar os comprovantes por correio para: DTA Document Processing Center, P.O. Box 4406, Taunton, MA 02780-0420, ou por fax para 1 (617) 887-8765.

DECISÃO: O(A) senhor(a) receberá uma decisão relativa ao seu requerimento no prazo de 30 dias.

Esta página deve ser destacada e guardada para sua referência.

De que comprovativos irei precisar?



Estes são a maior parte dos comprovativos de que irá precisar quando apresentar o requerimento para os benefícios SNAP.

- **Identificação com o seu Nome e Morada:**

Se não possuir morada, deverá indicar-nos onde está hospedado.

- **Comprovativo de Rendimentos:**

Uma declaração de rendimentos ou talão de depósito directo de rendimentos não derivados de trabalho, incluindo quantias do rendimento de juros e a frequência dos pagamentos. Se estiver a trabalhar, apresente os últimos quatro recibos de vencimento, talões de depósitos directos ou cópias de cheques.

- **Números da Segurança Social de todos os membros que apresentam requerimentos**

- **Comprovativo do Estatuto de Não-Cidadão:**

Se o(a) senhor(a) não é cidadão, obtenha um comprovativo do estatuto legal de não-cidadão.

- **Verificações de certas despesas:** Apesar de opcional, se você fornecer a prova de qualquer dos seguintes, os seus benefícios SNAP poderão ser mais:

- **Despesas Médicas**

Se você ou alguém em sua casa tem 60 anos de idade ou mais, ou tem uma deficiência certificada, despesas médicas que devem ser verificada com recibos de co-pagamentos ou custo de seguro de saúde, ou recibos de dentaduras, óculos, aparelhos auditivos, pilhas para aparelhos auditivos, prescrição de medicamentos, analgésicos prescritos pelo médico ou medicamentos sem receita e transporte de ida e volta para serviços médicos.

- **Pagamentos de Apoio à Criança**

Provas, tais como documentos judiciais, de pagamentos de apoio à criança que você paga a alguém que não vive com você, e o montante pago.

Também diga-nos se você tiver qualquer um dos gastos abaixo (isto é opcional, mas poderá fazer com que os seus benefícios de SNAP sejam superiores):

1. **Custos de habitação:** aluguer ou pagamentos de hipoteca, impostos imobiliários ou seguro de propriedades
2. **Serços públicos:** óleo para aquecimento doméstico, gás, electricidade, telefone (inclusive celulares), ou outras despesas, tais como lixo, madeira ou carvão
3. **Cuidado de crianças ou adultos** em casa ou fora de casa

Para mais informações sobre como você pode obter os benefícios do SNAP chamar 1-877-382-2363.

Departamento de Assistência Transitória de Massachusetts
Aplicação Simplificado para SNAP(Supplemental Nutrition Assistance Program)
para Pessoas Idosas

(Individuos e Casais com 60 Anos de Idade ou Mais)

Informação da Requerente

1. Por favor preencher a seguinte informação pessoal.

Seu Nome (Sobrenome, Nome, Inicial)		N. do Seguro Social:
Numero de telefone	Podemos contatá-lo(a) durante o dia? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Data de Nasc:
Endereço Atual (Numero e Rua, Apt #)		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
Cidade, Estado, Codigo Postal		
Endereço para correspondencia (se for diferente)		Voce não tem onde morar? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

2. **Descendência/Raca:** Esta informação é recolhida para asseguramos de que todos sejam tratados de forma justa. Sua resposta é voluntaria e não afetará a sua elegibilidade nem a quantia dos beneficios.

Descendência: Hispanica ou Latina Sim Não

Raça: (*marque todas as que aplicam-se*)

Indigena Americano ou Nativa do Alaska Asiatico Preta ou Afro-Americana

Nativa do Havai ou de Outra Ilha do Pacifico Branca

Língua falada: Identifique por favor a língua que você fala _____

3. Você é cidadão americano? Sim Não

4. Você é residente de Massachusetts? Sim Não

5. Você tem uma situação que é especial? Marque todas que aplicam-se a voce?

Debilitação Física ou Mental Debilidade Auditiva Debilidade Visual

Precisa de Interprete Uso da Linguagem para Surdos-Mudos Outra _____

6. Alguém lhe ajudou a completar esta informação? Sim Não

Nome da pessoa que lhe ajudou _____ Numero de telefone _____

Informação Sobre as Pessoas com Quem Você Vive

7. Você é casado? Sim Não

8. Se fôr casado, seu marido (a) vive com você? Sim Não

9. Em seu lar há crianças menores de 22 anos? Sim Não

10. Há outras pessoas que vivem com você que comprem e praparem alimentos juntos? Sim Não

11. Favor listar todas as pessoas com quem você vive.

Nome	Sobrenome	N. do Seguro Social	Data de Nasc.	Sexo	Cidadão Americana <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Parentesco com você
					<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
					<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
					<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Informação Financeira

12. Você ou alguém em sua casa recebe qualquer tipo de rendimento abaixo indicado?

Tipo de Rendimento	Quantidade de Rendimento	Frequencia de Rendimento (Semanal, Bi-semanal ou Mensal)	Nome de Pessoa Que Recebe Rendimento
Seguridade Social	\$	mensal	
SSI	\$	mensal	
Pensao	\$		
Beneficios para Veteranos	\$		
Seguro do Desemprego	\$		
Salario do Emprego	\$		
Outra (especificar) _____	\$		
Outra (especificar) _____	\$		

13. Você tem despesas com cuidados de dependentes adultos? Sim Não

14. Você tem outras despesas medicas como prescrições, medicações de venda livre, suprimentos diabeticas, garafas, ajuda para audição, etc.? Sim Não

15. Quanto paga de aluguer/hipoteca por mês? \$ _____

16. Você paga para as despesas seguintes?

- Pago para aquecer a minha casa (óleo, gás, eletricidade ou gás propano, etc.) ou compartilho os custos de aquecimento com outras pessoas. Sim Não
- Tenho um aparelho de ar condicionado que uso no verão e pago pela eletricidade ou compartilho os custos com outras pessoas. Sim Não
- Tenho um aparelho de ar condicionado que uso no verão e pago uma taxa para usá-lo.
 Sim Não
- Pago pela eletricidade ou o gás ou compartilho os custos com outras pessoas.
 Sim Não
- Pago pelo serviço telefônico, incluindo serviço de telefonia celular (não um telefone pré-pago).
 Sim Não

Representante Autorizado

17. Você quer dar a outra pessoa autorização para aplicar ou receber os beneficios para você? Sim Não

Sobrenome:	Nome:	Inicial:	Endereco:	N. De Telefone:

Benefícios Expedidos

PODERÁ RECEBER BENEFÍCIOS SNAP dentro de sete dias, se uma das seguintes afirmações é verdadeira:

- O total do seu salário e o dinheiro em sua conta bancaria seja menor do que as suas despesas com moradia mensal? Sim Não
- O Seu salário mensal é menor do que US\$150.00 e o dinheiro em sua conta bancaria é menos ou igual a US\$100.00? Sim Não
- Você é um(a) trabalhador(a) imigrante e o dinheiro em sua conta bancaria é menos do que US \$100.00?
 Sim Não

AVISO SOBRE DIREITOS, RESPONSABILIDADES E PENALIDADES (POR FAVOR, LEIA COM ATENÇÃO)

Certifico, sob pena de perjúrio, que li, ou que alguém leu para mim, as informações deste formulário de candidatura e as minhas respostas às perguntas deste formulário e que, até onde eu saiba, tais respostas são verdadeiras e completas. Certifico também, sob pena de perjúrio, que minhas respostas ou qualquer informação adicional que eu forneça no futuro serão, até onde eu saiba, verdadeiras e completas. Entendo que fornecer declarações falsas ou enganosas ou que falsear, esconder ou reter fatos, seja verbalmente ou por escrito, para estabelecer qualificação para o SNAP, constitui fraude, uma Violação Intencional do Programa (IPV- na sigla em inglês), e é punível com penalidades civis e criminais.

Entendo que as informações que eu fornecer com o meu formulário de candidatura estarão sujeitas à verificação por autoridades locais, estaduais e federais para determinar se tais informações são corretas; se alguma informação for falsa, os benefícios do SNAP poderão ser negados e eu poderei estar sujeito a um processo criminal por fornecer, intencionalmente, informações falsas.

Entendo que o Departamento de Assistência Transicional (Department of Transitional Assistance) (DTA- na sigla em inglês) administra o SNAP, e que o DTA tem 30 dias a partir da data do formulário para processar a candidatura. Entendo que devo relatar ao DTA quaisquer mudanças na minha renda domiciliar, patrimônio, endereço, condições de vida, tamanho da família, emprego ou quaisquer outras mudanças em minha casa que possam afetar nossa qualificação. Entendo que devo relatar essas mudanças ao DTA pessoalmente, por escrito ou por telefone **dentro de 10 dias da mudança**, exceto se eu receber do DTA permissão para relatar mudanças de acordo com as regras do Relatório Anual do SNAP ou as regras da Alternativa de Benefícios Transacionais (TBA – na sigla em inglês).

Entendo que tenho o direito a conversar com um supervisor, se determinarem que não me qualifico para os benefícios expressos do SNAP e eu discordar, ou se determinarem que me qualifico para o serviço expresso, mas não receber nenhum dos meus benefícios SNAP até o sétimo dia corrido após a data em que me candidatei ao SNAP.

Entendo que se eu decidir relatar despesas de cuidados com uma criança ou outro dependente, aluguel/hipoteca, outras despesas relacionadas a abrigo ou contas de serviços de utilidade pública, eu posso receber benefícios maiores do SNAP. Entendo também que se eu pagar pensão alimentícia para uma pessoa que não é membro do meu domicílio eu posso relatar essa despesa e oferecer comprovante ao DTA. Caso eu não relate ou confirme a(s) despesa(s) relacionada(s) acima, isto poderá significar que receberei menos benefícios do SNAP a cada mês e será considerado como uma declaração minha de que o domicílio não deseja receber uma dedução pela(s) despesa(s) não relatada(s) ou não confirmada(s).

Da mesma forma, entendo que se eu tiver 60 anos de idade ou mais ou se eu for deficiente e pagar por despesas médicas, posso relatar e confirmar essas despesas junto ao DTA. Isto poderá me qualificar para uma dedução de renda e aumento dos meus benefícios SNAP.

Entendo que ao assinar abaixo, todos os membros do meu domicílio entre as idades de 16 e 59 anos estão automaticamente registrados e matriculados no Programa SNAP de Emprego e Treinamento (SNAP/E&T- na sigla em inglês). A matrícula automática no SNAP/E&T permite que os membros do domicílio acessem facilmente os serviços SNAP/E&T. Membros não isentos do domicílio serão notificados sobre os requerimentos de trabalho, receberão explicações sobre isenções e penalidades em caso de não conformidade e serão encaminhados para uma atividade de emprego, se apropriado.

Ao assinar este formulário, autorizo o DTA a verificar e investigar as informações que forneci e que se relacionam com minha qualificação para assistência. Autorizo o DTA a acessar quaisquer registros ou dados e verificar as informações fornecidas neste formulário junto a outras agências, incluindo as agências federais e estaduais, autoridades locais de habitação, departamentos de bem estar de fora do estado, instituições financeiras e à Equifax Workforce Solutions, que fornece ao DTA informações sobre salários. Também autorizo estas agências a fornecer ao DTA informações sobre meu domicílio que se relacionem aos benefícios SNAP.

O Departamento pode negar, interromper ou reduzir seus benefícios com base em informações no relatório da Equifax Workforce Solutions, uma agência especializada em relatórios sobre consumidores. Tenho o direito de receber uma cópia grátis do meu relatório da Equifax se a requisitar dentro de 60 dias da decisão do Departamento. Tenho o direito de questionar se as informações em meu relatório são precisas e completas. Posso entrar em contato com a Equifax em: Equifax Workforce Solutions, 11432 Lackland Road, St. Louis, MO 63146, 1-800-996-7566 (ligações grátis).

Antes de ser aprovado para os benefícios, a situação de imigração poderá ser verificada através dos Serviços Americanos de Cidadania e Imigração (United States Citizenship and Immigration Services) (USCIS – na sigla em inglês), conhecido previamente como INS. Entendo que o DTA poderá enviar informações do meu formulário de candidatura ao SNAP para o USCIS, e que qualquer informação recebida do USCIS poderá afetar a qualificação e a quantidade de benefícios para meu domicílio.

Entendo que ao assinar abaixo também autorizo o DTA a compartilhar informações sobre mim e meus dependentes menores de 19 anos com o Departamento de Ensino Fundamental e Médio (ESE – na sigla em inglês) para que meus dependentes sejam automaticamente inscritos para os programas escolares de café da manhã e almoço. Também autorizo o DTA a compartilhar informações sobre mim, meus dependentes menores de 5 anos e qualquer gestante em meu domicílio com o Departamento de Saúde Pública (DPH – na sigla em inglês) para que estes indivíduos sejam encaminhados para o Programa para Mulheres, Bebês e Crianças [Women, Infants and Children (WIC- na sigla em inglês)] para serviços de nutrição.

Entendo que ao assinar abaixo autorizo o DTA e o Escritório Executivo de Massachusetts de Serviços Humanos e de Saúde (Massachusetts Executive Office of Health and Human Services) a compartilhar informações sobre a minha qualificação para benefícios de assistência pública com as companhias de distribuição de eletricidade, companhias de distribuição de gás e empresas de telecomunicações qualificadas, com relação aos acordos de confidencialidade assinados com essas empresas com o único objetivo de certificar a minha qualificação para descontos nas taxas de serviços de utilidade pública. Autorizo também o DTA a compartilhar minhas informações com o Departamento de Desenvolvimento de Habitação e Comunidade (DHCD – na sigla em inglês) com o objetivo de me inscrever no Programa Aquecer e Alimentar (Heat & Eat Program).

Entendo que receberei uma cópia da brochura “Your Right to Know” (Seu Direito de Saber), assim como da brochura do Programa SNAP, as quais devo ler, ou pedir que alguém as leia para mim e que devo compreender seus conteúdos e meus direitos e responsabilidades. Se eu tiver dúvidas sobre as brochuras ou quaisquer dessas informações, ou se eu tiver dificuldades em ler ou entender qualquer uma das informações, entrarei em contato com o DTA pelo número 1-877-382-2363.

Também juro que todos os membros do meu domicílio SNAP que estão requisitando os benefícios SNAP são ou cidadãos dos EUA ou não cidadãos com situação satisfatória de imigração.

Direito a Registro como Eleitor

Entendo que tenho o direito a me registrar no DTA para votar. Entendo que, se eu quiser ajuda, o DTA me ajudará a preencher o formulário de candidatura ao registro de eleitor e que posso preencher privadamente o formulário de candidatura de registro como eleitor.

Entendo que me candidatar ao registro ou recusar o registro como eleitor não afetará a quantidade de ajuda que receberei do DTA.

Aviso de Penalidade do SNAP

Entendo que se eu ou qualquer membro do meu domicílio SNAP violar intencionalmente qualquer uma das regras descritas abaixo, essa pessoa pode ser barrada do SNAP por *um ano* após a primeira violação, *dois anos* após a segunda violação e *permanentemente* após a terceira violação. A pessoa pode ser proibida de receber benefícios do SNAP por um período que pode ir de um ano até permanentemente, multada em até US\$ 250.000, presa até 20 anos ou ambos. Ela também pode estar sujeita a ser processada no âmbito de outras leis federais e estaduais aplicáveis, além de poder ser proibida de receber benefícios do SNAP durante um período adicional de 18 meses se assim for ordenado por tribunal. As regras são as seguintes:

- Não fornecer informações falsas ou omitir informações para receber os benefícios SNAP.
- Não comercializar ou vender os benefícios SNAP.
- Não alterar os cartões EBT a fim de obter benefícios SNAP aos quais você não tem direito.
- Não utilizar os benefícios SNAP para comprar itens que não se qualificam, tais como bebidas alcoólicas e tabaco.
- Não usar os benefícios SNAP ou cartões EBT de outras pessoas, exceto se você for um representante autorizado.

Entendo também as seguintes penalidades:

- Indivíduos que cometerem uma Violação Intencional do Programa do **programa dinheiro vivo** (IPV – na sigla em inglês) que seja confirmada em uma Audiência Administrativa de Desqualificação (ADH – na sigla em inglês), serão barrados do SNAP pelo mesmo período em que forem barrados da assistência em dinheiro vivo.
- Indivíduos que fizerem uma declaração ou representação fraudulenta sobre a sua identidade ou local de residência para receber múltiplos benefícios SNAP *simultaneamente* serão barrados do SNAP por *dez anos*.
- Indivíduos que trocarem (comprando ou vendendo) benefícios SNAP por uma substância/droga ilegal, serão barrados do SNAP por um período de *dois anos* na primeira condenação, e *permanentemente* na segunda condenação.
- Indivíduos que trocarem (comprando ou vendendo) benefícios SNAP por armas de fogo, munições ou explosivos serão barrados do SNAP *permanentemente*.
- Indivíduos que trocarem (comprando ou vendendo) benefícios SNAP que tenham um valor de \$500 ou mais, serão barrados do SNAP *permanentemente*.
- O Estado poderá processar por IPV um indivíduo que faça uma oferta para vender online ou em pessoa benefícios do SNAP ou um cartão do EBT.
- Indivíduos que estejam em fuga para evitar um processo legal, custódia ou prisão após serem condenados por um crime, ou que estejam em violação de sua liberdade condicional, *não se qualificam* para participar do SNAP.

- Indivíduos que sem uma boa justificativa não cumprirem com os Requisitos de Trabalho do SNAP serão desqualificados do SNAP por um período de **três meses** na primeira condenação, **seis meses** na segunda condenação e **doze meses** na terceira condenação. Se o indivíduo que não cumpriu com os requisitos pela terceira vez for o chefe do domicílio SNAP, *todo* o domicílio será desqualificado da participação do SNAP por um período de **seis meses**.
- Não é permitido pagar por alimentos comprados a crédito e isso poderá resultar em desqualificação do SNAP.
- Indivíduos não podem comprar produtos com os benefícios SNAP com o objetivo de descartar o conteúdo e devolver os recipientes em troca de dinheiro.

Direito a um Intérprete

Entendo que tenho direito a um intérprete fornecido pelo DTA se nenhum adulto em meu domicílio SNAP souber falar ou entender inglês. Entendo também que posso ter um intérprete em todas as audiências justas do DTA ou trazer meu próprio intérprete. Se eu precisar de um intérprete para uma audiência, devo telefonar para a Divisão de Audiências com pelo menos uma semana de antecedência da data da audiência.

Declaração de Não Discriminação

O Departamento de Agricultura dos EUA (USDA – na sigla em inglês) proíbe a discriminação contra seus clientes, funcionários e candidatos a emprego com base em raça, cor, origem nacional, idade, deficiência, sexo, identidade sexual, religião, represália e, onde aplicável, convicções políticas, estado civil, estado de paternidade ou familiar, orientação sexual, ou toda ou parte da renda de um indivíduo derivada de qualquer programa de assistência pública, ou informações genéticas protegidas para emprego ou para qualquer programa ou atividade realizado ou financiado pelo Departamento. (Nem todas as bases de proibição aplicam-se a todos os programas e/ou atividades empregatícias.)

Caso queira registrar uma queixa de discriminação do programa de Direitos Civis, preencha o Formulário de Queixa do Programa de Discriminação do USDA, disponível online em http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, ou em qualquer dos escritórios do USDA, ou ligue para 1 (866) 632-9992 para solicitar o formulário. Você pode também mandar uma carta contendo todas as informações solicitadas no formulário. Envie o formulário preenchido ou carta para nós pelo correio para o U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, por fax 1 (202) 690-7442 ou e-mail no program.intake@usda.gov.

Indivíduos surdos, com deficiência auditiva ou com deficiência da fala podem entrar em contato com o USDA através do Federal Relay Service no número 1 (800) 877-8339; ou 1 (800) 845-6136 (Espanhol).

Para quaisquer outras informações relacionadas a assuntos do Programa de Assistência de Alimentação Suplementar (Supplemental Nutrition Assistance Program) (SNAP – na sigla em inglês), as pessoas devem contatar o Número da Hotline do USDA SNAP 1 (800) 221-5689, que também é em espanhol, ou ligar para os Números da Hotline das Informações do Estado ou ligar para (clique no link para uma lista dos números de hotline por Estado), que pode ser encontrado online em http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm.

O USDA é um empregador e um provedor de oportunidades iguais.

A lei de Massachusetts também proíbe a discriminação, incluindo a discriminação com base em ancestrais. Para registrar uma queixa em Massachusetts contate:

Massachusetts Commission Against Discrimination (Comissão de Massachusetts Contra a Discriminação), One Ashburton Place, Sixth Floor, Room 601, Boston, MA 02108; Telefone: 1 (617) 994-6000; TTY: 1 (617) 994-6196.



ASSINATURA DO CANDIDATO: Ao assinar este formulário, certifico, por meio deste, sob pena de perjúrio, que li (ou que alguém leu para mim) e que entendo e concordo com os “Direitos e Responsabilidades”, e que as respostas neste formulário e em quaisquer documentos adicionais que eu forneça ao Departamento no futuro são precisas e completas de acordo com meu melhor conhecimento. Li os Avisos sobre Penalidades do SNAP em meu idioma primário, alguém os leu para mim ou os interpretou para mim. Certifico também que todos os membros do meu domicílio SNAP que estão solicitando os benefícios SNAP são ou cidadãos dos EUA ou não cidadãos com situação satisfatória de imigração.

Assinatura do Candidato: _____

Data: _____