



## Formulário de solicitação de recurso para prorrogação do prazo de permanência

Este formulário é para famílias que desejam recorrer de uma das seguintes notificações:

- 006 INELEGÍVEL PARA PRIMEIRA PRORROGAÇÃO DE 90 DIAS APÓS RECONSIDERAÇÃO
- 006 INELEGÍVEL PARA SEGUNDA PRORROGAÇÃO DE 90 DIAS APÓS RECONSIDERAÇÃO



Responda atentamente a todas as perguntas - o formulário tem 2 páginas. Deixar de responder a todas as perguntas das páginas deste formulário pode resultar em atraso ou indeferimento de seu recurso.

Se tiver alguma dificuldade para ler ou compreender este formulário, entre em contato com o(a) gestor(a) de casos ou com outro(a) funcionário(a) de apoio do abrigo.

### Informações pessoais

Nome do(a) chefe de família

Data de nascimento do(a) chefe de família  
(MM/DD/AAAA)

Identificação da notificação\*

Data da notificação (MM/DD/AAAA)

Número do caso da família

Telefone

E-mail

\*Se não souber o número de identificação da notificação, anexe a este formulário uma cópia da Extension Denial Notice (Notificação de indeferimento da extensão).

### Prazo do recurso

As solicitações de recurso devem ser recebidas pelo Executive Office of Housing and Livable Communities (Gabinete Executivo de Habitação e Comunidades Habitável) (EOHLC) no prazo de 21 dias a partir da data da notificação que estiver sendo recorrida.

### Como enviar este formulário

Os recursos podem ser enviados por:

Fax: (617) 573-1515

E-mail: [EOHLCAppeals@mass.gov](mailto:EOHLCAppeals@mass.gov)

Correio:

MA HLC Hearings Division c/o LOS Appeals  
100 Cambridge Street, Suite 300  
Boston, MA, 02114

### Próximas etapas

Analisaremos as informações que você fornecer neste formulário. Se tivermos informações suficientes para conceder a extensão com base em suas respostas, faremos isso. Caso contrário, poderemos entrar em contato para obter mais informações ou para agendar uma audiência.



## Perguntas sobre o agregado familiar de EA

Por favor, responda às seguintes perguntas com sinceridade. Essas perguntas são sobre o agregado familiar de EA, ou seja, os membros da sua família que moram com você no abrigo. Selecione sua resposta para cada pergunta (Sim ou Não).

1. Você, ou outro membro do seu agregado familiar, está empregado(a) atualmente?  
 Sim  Não
2. Você, ou outro membro do seu agregado familiar, está matriculado(a) atualmente em um programa de qualificação profissional ou de formação que possa ajudá-lo(la) a conseguir um emprego?  
 Sim  Não
3. Você tem um imóvel para o qual se mudar dentro de 30 dias a partir da data de notificação do término?  
 Sim  Não
4. Alguém no seu agregado familiar é um “veterano”, conforme definido na página: [www.mass.gov/VeteranEligibility?](http://www.mass.gov/VeteranEligibility?)  
 Sim  Não
5. Se for, esta pessoa está inscrita nos serviços de apoio a veteranos? Responda “Não” se não houver nenhum veterano em seu agregado familiar.  
 Sim  Não
6. Você, ou outro membro do seu agregado familiar, tem alguma deficiência ou problema de saúde que afete sua capacidade de encontrar moradia?  
 Sim  Não
7. Você é pai solteiro/mãe solteira ou responsável legal por um menor de 21 anos e cuida de um membro da família com deficiência?  
 Sim  Não
8. Você é pai solteiro/mãe solteira ou responsável legal por um menor de 21 anos e os cuidados o impedem de trabalhar?  
 Sim  Não
9. Você ou uma mulher do seu agregado familiar está grávida?  
 Sim  Não
10. Você ou uma mulher do seu agregado familiar deu à luz nos últimos 3 meses?  
 Sim  Não
11. Algum membro do seu agregado familiar tem menos de 3 meses de idade?  
 Sim  Não
12. Sua família está em risco devido à violência doméstica ou está preocupada com a proteção das crianças?  
 Sim  Não
13. Sua família está envolvida com o Department of Children and Families (Departamento de Menores e Famílias) (DCF)?  
 Sim  Não
14. Seus filhos estão matriculados ou inscritos em uma creche ou escola e uma mudança interromperia a educação deles se deixasse o abrigo?  
 Sim  Não
15. Algum membro do seu agregado familiar de EA tem 9 meses de idade ou menos?  
 Sim  Não

Analisaremos as informações que você fornecer neste formulário. Se tivermos informações suficientes para conceder a extensão com base em suas respostas, faremos isso. Caso contrário, poderemos entrar em contato para obter mais informações ou para agendar uma audiência.

**\*\*Se não souber o número de identificação da notificação, anexe a este formulário uma cópia da Extension Denial Notice (Notificação de indeferimento da extensão).\*\***

Assinatura

Data (MM/DD/AAAA)