# Renovação da Assistência para Custos do Medicare

# Programas de Economia de Custos do Medicare

**Este requerimento de renovação é para verificar se você ainda se qualifica para ajuda no pagamento dos prêmios da Parte B do Medicare, prêmios da Parte A do Medicare, ou copagamentos ou franquias da Parte A ou B.**

**O que pode ser coberto depende da sua renda e da renda de seu cônjuge (se você for casado).**

**Se ainda se qualificar para um Programa de Economia de Custos do Medicare, você também será inscrito na Ajuda Extra para a Parte D do Medicare (Medicare Part D Extra Help). A Ajuda Extra pode ajudar com os custos de medicamentos receitados.**

Você pode usar esse requerimento de renovação para inscrever-se no Programa de Assistência Nutricional Suplementar (Supplemental Nutrition Assistance Program - SNAP). O SNAP é um programa federal que ajuda você a comprar alimentos todos os meses. Se você estiver interessado no SNAP, marque a caixa na página 1 do requerimento, leia os direitos e responsabilidades do SNAP nas páginas 3 a 6 e assine na página 2. Se requerimento então será enviado automaticamente para o Departamento de Assistência Transicional (Department of Transitional Assistance - DTA). Você não tem de se inscrever no Programa SNAP para ser considerado para o Programa de Economia de Custos do Medicare.

# Quanto posso ter em bens?

Não há limite para bens nos Programas de Economia de Custos do Medicare em Massachusetts.

# Quanto posso ter em renda?

Os limites de renda mudam ano a ano no dia 1º de março.

Há determinadas deduções que o MassHealth pode subtrair de sua renda bruta quando calculamos a sua renda contável. Essas deduções são descritas nos regulamentos 130 CMR 520.012 a 520.014.

Encontre informações atualizadas sobre limites de renda em [www.mass.gov/info-details/program-financial-guidelines-for-certain-masshealth-applicants-and-members](https://www.mass.gov/info-details/program-financial-guidelines-for-certain-masshealth-applicants-and-members).

## O processo de renovação

Depois de enviar seu requerimento de renovação, o MassHealth enviará uma notificação a você se seus benefícios atuais sofrerem alteração ou se precisarmos de mais informações. Se acreditar que a decisão está errada, você tem o direito de apelar. As informações sobre a apelação encontram-se no verso da notificação por escrito.

# Como usamos o seu Número da Previdência Social (SSN - Social Security Number)

A menos que você se enquadre em uma das exceções listadas abaixo, você deve nos fornecer um número da Previdência Social (SSN) ou prova de que fez um requerimento de SSN, para cada membro da família que está se inscrevendo.

## Exceções

Você não precisará apresentar um SSN ou comprovante de pedido de SSN, se você ou qualquer membro de sua família

* Tiver uma isenção religiosa, conforme descrito nas leis federais;
* Se qualificar apenas para um SSN que não é válido para trabalhar, ou
* Não se qualificar para tirar um SSN.

Usamos seu SSN para verificar as informações que você nos fornecer. Também usamos essas informações para detectar fraudes, para verificar se alguém está obtendo benefícios duplicados ou para verificar se outras pessoas (terceiros) deveriam pagar pelos serviços.

Podemos comparar o SSN de qualquer pessoa em sua residência que esteja se inscrevendo, e qualquer pessoa que tenha ou possa obter seguro de saúde, com os arquivos de diversas agências, incluindo as seguintes:

* Departamento da Receita Federal (Internal Revenue Service)
* Administração da Previdência Social (Social Security Administration)
* Verificação Sistemática de Direitos de Estrangeiros (Systematic Alien Verification for Entitlements)
* Centros de Serviços do Medicare e Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services)
* Registro de Veículos Automotores (Registry of Motor Vehicles)
* Departamento da Receita (Department of Revenue - DOR)
* Departamento de Assistência Transicional (Department of Transitional Assistance - DTA)
* Departamento de Acidentes Industriais (Department of Industrial Accidents)
* Departamento de Assistência por Desemprego (Department of Unemployment Assistance)
* Departamento de Serviços aos Veteranos, Divisão de Recursos Humanos (Department of Veterans’ Services, Human Resources Division)
* Bureau de Investigações Especiais (Bureau of Special Investigations)
* Departamento de Saúde Pública, Seção de Registros Vitais e Estatísticas (Department of Public Health, Registry of Vital Records and Statistics)
* Bancos
* Outras instituições financeiras

Os arquivos também podem ser comparados com informações das agências de serviço social neste estado e em outros estados, bem como com arquivos de computadores de seguradoras, empregadores e organizações de cuidados gerenciados. Além disso, o MassHealth pode obter seus registros financeiros (e, se aplicável, os registros financeiros dos membros do seu agregado familiar) de bancos e outras instituições financeiras para verificar seus recursos financeiros e determinar se você se qualifica enquanto for participante do MassHealth.

# Como renovo minha qualificação para os Programas de Economia de Custos do Medicare?

1. Para renovar sua qualificação para os Programas de Economia de Custos do Medicare, preencha o formulário de renovação anexo. Inclua também informações sobre seu cônjuge, se ele ou ela morar com você.

2. Assine o formulário preenchido e

**Envie o formulário online em:**

[mhesubmission.ehs.mass.gov/esb](http://mhesubmission.ehs.mass.gov/esb) (preencha e faça o upload do requerimento usando o número de referência do seu envio digital (e-submission)

**Envie o formulário para:**

MassHealth Enrollment Center  
PO Box 4405   
Taunton, MA 02780-0968

**Envie o formulário por fax para:** (857) 323-8300

**Entregue o formulário pessoalmente no:**

MassHealth Enrollment Center   
The Schrafft Center  
529 Main St., Suite 1M  
Charlestown, MA 02120

**Ou use uma das caixas de coleta dos Centros de Inscrições do MassHealth (MassHealth Enrollment Centers), localizadas em Charlestown, Quincy, Taunton, Tewksbury ou Springfield.**

3. Quando recebermos o requerimento de renovação, iremos analisá-lo. Se precisarmos de mais informações, escreveremos ou ligaremos para você. Assim que obtivermos todas as informações que precisamos, decidiremos se você ainda se qualifica. Também decidiremos se seu cônjuge se qualifica, caso ele ou ela esteja se inscrevendo.

4. Um formulário de registro de eleitor está incluído em seu requerimento. Você não precisa se registrar como eleitor para participar de um Programa de Economia de Custos do Medicare.

5. Se desejar que alguém aja em seu nome como seu representante autorizado, use o Formulário de Designação de Representante Autorizado (Authorized Representative Designation - ARD) para nos informar disso.

Observe que este requerimento é apenas para Programas de Economia de Custos do Medicare. Se deseja se inscrever em todos os programas do MassHealth (incluindo assistência para o pagamento dos custos do Medicare) em um único requerimento, contate o MassHealth pelo telefone (800) 841‑2900, TDD/TTY: 711 se for surdo ou deficiente auditivo ou tiver uma deficiência de fala, para solicitar um requerimento completo, ou faça o download do requerimento apropriado em [www.mass.gov/lists/applications-to-become-a-masshealth-member](http://www.mass.gov/lists/applications-to-become-a-masshealth-member).

# Privacidade e confidencialidade

O MassHealth tem o compromisso de manter suas informações pessoais confidenciais. Todas as informações pessoais que temos sobre qualquer requerente ou membro, incluindo informações médicas, estado de saúde e as informações pessoais que você nos fornecer durante seu requerimento e durante o recebimento de benefícios, são confidenciais. Essas informações não serão usadas ou divulgadas para outras finalidades não relacionados à administração do MassHealth sem sua permissão, a não ser que isso seja exigido por lei ou por ordem de um tribunal.

Você pode nos dar sua permissão por escrito para usarmos suas informações pessoais de saúde para uma finalidade específica ou para compartilhá-las com uma pessoa ou organização específicas. Você pode nos dar permissão para compartilhar suas informações pessoais com seu representante autorizado, um Conselheiro de Inscrição Certificado (Certified Application Counselor - CAC), ou Navegador, no caso de você ter um. Você pode fazer isso preenchendo um ARD, um formulário de Designação de um Conselheiro de Inscrição Certificado ou um formulário de Designação de Navegador.

# Permissão para compartilhar informações

Se desejar que compartilhemos suas informações pessoais de saúde, incluindo enviar cópias de seus avisos de qualificação, com alguém que não seja seu representante autorizado, você pode fazer isso se nos der sua permissão por escrito.

Para saber mais sobre como o MassHealth pode usar suas informações, quais são os seus direitos, e como você pode nos dar sua permissão para compartilharmos suas informações, consulte os formulários de Permissão para Compartilhar Informações (Permission to Share Information) e Aviso de Práticas de Privacidade do MassHealth (MassHealth Notice of Privacy Practices) na seção Formulários Importantes, abaixo.

# Representante autorizado

Um representante autorizado é uma pessoa que você escolhe para ajudá-lo a obter cobertura de cuidados de saúde por intermédio dos programas oferecidos pelo MassHealth. Para fazer isso, preencha uma Designação de Representante Autorizado (Authorized Representative Designation - ARD). Um representante autorizado pode preencher seu formulário de requerimento ou de revisão de qualificação; fornecer comprovação das informações apresentadas em qualquer formulário; informar mudanças na sua renda, seu endereço, ou outras alterações de suas circunstâncias; obter cópias de todos os avisos de qualificação do MassHealth enviados a você, e agir em seu nome em todos os outros assuntos relacionados ao MassHealth.

Um representante autorizado pode ser um amigo, um membro de sua família ou outra pessoa ou organização que você escolher para ajudá-lo. Cabe a você escolher um representante autorizado, se desejar. O MassHealth não escolherá um representante autorizado para você.

Você deve designar por escrito no ARD a pessoa ou organização que deseja que seja seu representante autorizado. O ARD está incluído no pacote de inscrição. Na maioria dos casos, seu representante autorizado também deve preencher este formulário. Veja as instruções no formulário para obter mais detalhes.

Um representante autorizado também pode ser alguém que esteja agindo de forma responsável em seu nome se você não puder designar um representante autorizado por escrito, devido a uma condição mental ou física, ou alguém que tenha sido legalmente designado para agir em seu nome ou em nome de seu espólio. Essa pessoa deve preencher as partes aplicáveis do ARD. Se essa pessoa foi legalmente indicada para representá-lo, você ou essa pessoa também tem de enviar ao MassHealth uma cópia do documento legal aplicável que confirma que essa pessoa está representando legalmente você ou o seu espólio. Esta pessoa pode ser um tutor legal; curador; procurador, procurador para cuidados de saúde ou, se o requerente ou membro tiver falecido, o administrador ou testamenteiro do espólio.

# Formulários importantes

Os formulários a seguir podem ser encontrados no nosso site em [www.mass.gov/lists/hipaa-forms-for-masshealth-members](http://www.mass.gov/lists/hipaa-forms-for-masshealth-members).

* Formulário de Aviso de Práticas de Privacidade do MassHealth
* Permissão para compartilhar o formulário de informações
* ARD

Você também pode ligar para (800) 841-2900, TDD/TTY: 711, para solicitar qualquer um desses formulários.

# Como informar mudanças

Se houver qualquer alteração em sua situação de vida, incluindo, sem limitação, alterações de renda, bens, endereço, seguro de saúde, situação imigratória ou condição de invalidez, você deve nos informar no prazo de 10 dias corridos a partir das alterações ou o mais rápido possível. Se você não nos informar sobe essas mudanças, poderá perder seus benefícios. Você pode nos informar de qualquer mudança ligando para (800) 841-2900, TDD/TTY: 711.

# Outros benefícios

O MassHealth pode pagar serviços médicos diretamente e também pode cobrir seus copagamentos e franquias do Medicare, se você se qualificar. Você pode obter esses benefícios se sua renda e seus bens estiverem abaixo de determinados valores ou se você tiver uma deficiência e tiver menos de 65 anos. Ligue para (800) 841‑2900, TDD/TTY: 711, para saber mais sobre esses benefícios.

Você também pode ligar para este número se tiver alguma pergunta sobre os Programas de Economia de Custos do Medicare.

A maioria dos membros que têm Medicare e MassHealth, ou Medicare e um Programa de Economia de Custos do Medicare, pode obter ajuda com os custos de medicamentos receitados através do Medicare. Para obter mais informações, ligue para (800) 633‑4227, TDD/TTY: (877) 486‑2048, ou acesse [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov).

O Programa Vantagem para Receitas (Prescription Advantage) oferece ajuda com os custos de medicamentos receitados. Para saber mais sobre esses benefícios, ligue gratuitamente para o Gabinete Executivo de Assuntos de Idosos: (800) 243-4636, TDD/TTY: (877) 610‑0241.

MHBI-RPT-BR-0324

MassHealth  
Commonwealth of Massachusetts  
EOHHS  
[www.mass.gov/masshealth](http://www.mass.gov/masshealth)

# Requerimento de Renovação dos Programas de Economia de Custos do Medicare

para pessoas que se qualificam para o Medicare

## MHBI-R-BT-BR-0324

## Quem pode usar esse requerimento de renovação?

Pessoas de qualquer idade que recebem Medicare que estão apenas tentando obter ajuda no pagamento de seus prêmios e compartilhamento de custos do Medicare.

Se desejar se inscrever para receber outros benefícios do MassHealth ou para obter ajuda com os custos do Medicare, pode ligar para o Serviço de Atendimento ao Cliente do MassHealth pelo telefone (800) 841‑2900, TDD/TTY: 711 para pessoas surdas ou com deficiência auditiva ou com uma deficiência de fala, para solicitar um requerimento diferente. Ou pode fazer o download dos requerimentos apropriados em [www.mass.gov/lists/applications-to-become-a-masshealth-member](http://www.mass.gov/lists/applications-to-become-a-masshealth-member).

## SNAP

O SNAP é um programa federal que ajuda você a comprar alimentos saudáveis todos os meses.

□ Marque esta caixa se desejar que este formulário seja enviado ao Departamento de Assistência Transicional (Department of Transitional Assistance - DTA) como um requerimento para você receber benefícios do SNAP. Você deve ler os direitos e responsabilidades nas páginas 3 a 6 e assinar na página 2 para prosseguir com seu requerimento.

## Informações gerais

Quem está solicitando benefícios?

Você

Você e seu cônjuge

Se você e seu cônjuge moram juntos, você também deve nos fornecer informações sobre seu cônjuge, mesmo que ele ou ela não esteja solicitando benefícios.

## Você

Sobrenome

Nome

Inicial do nome do meio

Endereço residencial

Cidade

Estado

Código Postal

Endereço para correspondência (se diferente do endereço acima) desabrigado

Cidade

Estado

Código Postal

Data de nascimento

Sexo M F

Telefone

Preferência de idioma falado

Preferência de idioma escrito

Número de Previdência social (SSN)

Número do requerimento do Medicare

## Seu cônjuge

Sobrenome

Nome

Inicial do nome do meio

Data de nascimento

Sexo M F

Telefone

Preferência de idioma falado

Preferência de idioma escrito

Número de Previdência social (SSN)

Número do requerimento do Medicare

# Renda

Preencha esta seção para você e seu cônjuge. Informe a renda mensal bruta (antes de impostos e outras deduções, como o prêmio da Parte B do Medicare).

Fonte de renda - Previdência Social  
Renda mensal bruta antes de impostos e deduções Sua $ De seu cônjuge $

Fonte de renda - Pensões  
Renda bruta mensal antes de impostos e deduções Suas $ De seu cônjuge $

Fonte de renda - Benefícios para veteranos pagos pelo Governo Federal  
Renda bruta mensal antes de impostos e deduções Seus $ De seu cônjuge $

Fonte de renda - Anuidades ou fundos  
Renda bruta mensal antes de impostos e deduções Sua $ De seu cônjuge $

Fonte de receita - Dividendos e/ou juros  
Renda bruta mensal antes de impostos e deduções Seus $ De seu cônjuge $

Fonte de renda - Renda de um emprego (antes das deduções) Sua $ De seu cônjuge $

Fonte de receita - Renda de aluguéis (deduzidas as despesas)  
Renda bruta mensal antes de impostos e deduções Sua $ De seu cônjuge $

Fonte de renda - Outras (favor especificar)  
Renda bruta mensal antes de impostos e deduções Sua $ De seu cônjuge $

## Assine este requerimento.

Assinatura do solicitante ou de seu representante autorizado Data

Assinatura do(a) cônjuge ou de seu representante autorizado Data

Você e seu cônjuge devem assinar, se ele ou ela mora com você.

Pela sua assinatura neste documento, você está concordando e entendendo que:

Ao assinar este formulário, declaro que li e concordo com os direitos e responsabilidades incluídos neste formulário nas páginas 3 a 6.

Certifico, sob pena de perjúrio, que as informações e declarações que fiz neste requerimento são verdadeiras e completas, pelo que eu saiba, e concordo em aceitar e cumprir os direitos e responsabilidades dos Programas de Economia de Custos do Medicare.

Se marquei a caixa do SNAP na página 1 deste requerimento, estou solicitando benefícios do SNAP. Declaro que entendo e concordo com os direitos, regras e penalidades do SNAP, conforme descritos abaixo. Solicito que o MassHealth envie minhas informações, incluindo informações de saúde protegidas sujeitas à Lei de Portabilidade e Responsabilidade de Seguro Saúde (Health Insurance Portability and Accountability Act - HIPAA), ao Departamento de Assistência Transitória para fins de solicitação de benefícios do SNAP.

### Importante — Exclusivamente para solicitantes de Programas de Economia de Custos do Medicare

Se estiver enviando este requerimento como um representante autorizado, deverá enviar um ARD para nós ou ter um formulário registrado para processarmos este requerimento. O ARD está no final deste requerimento.

## Informações para o registro de eleitor estão incluídas neste pacote.

Você não precisa se registrar como eleitor para participar de um Programa de Economia de Custos do Medicare.

## Para solicitantes de Programas de Economia de Custos do Medicare

Você dá permissão ao MassHealth para obter quaisquer registros ou dados que comprovem qualquer informação fornecida neste requerimento. Você entende que deve informar ao MassHealth qualquer alteração às informações fornecidas neste requerimento. Você também declara, sob pena de perjúrio e pelo que você saiba, que as informações contidas neste formulário estão corretas e completas.

## Importante — Exclusivamente para solicitantes de Programas de Economia de Custos do Medicare

Se você estiver agindo em nome de alguém ao preencher este requerimento, deverá preencher o ARD anexo e enviá-lo de volta com este requerimento. A sua assinatura neste requerimento como representante autorizado certifica que as informações contidas no requerimento estão corretas e completas, pelo que você saiba.

Se acredita que a decisão do MassHealth quanto à sua qualificação está incorreta, você tem o direito de apelar. Se os benefícios forem negados, você receberá informações sobre como fazer uma apelação.

O MassHealth obterá de suas seguradoras de saúde atuais e anteriores todas as informações sobre cobertura de seguro de saúde para você e seu cônjuge. Isso inclui, sem limitação, informações sobre apólices, prêmios, cosseguros, franquias e benefícios cobertos que estão, podem estar ou deveriam estar disponíveis para você e seu cônjuge.

O MassHealth pode obter registros ou dados sobre você e seu cônjuge listados neste formulário provenientes de fontes e programas de dados federais e estaduais, como a Administração da Previdência Social (Social Security Administration), o Departamento da Receita Federal (Internal Revenue Service), o Departamento de Segurança Nacional (Department of Homeland Security), o Departamento da Receita (Department of Revenue - DOR) e o Registro de Veículos Automotores (Registry of Motor Vehicles), e também de fontes de dados privados, incluindo instituições financeiras, 1) para comprovar qualquer informação fornecida neste requerimento ou em quaisquer suplementos, ou outras informações fornecidas quando você ou seu cônjuge se tornarem membros, 2) para documentar serviços médicos solicitados ou prestados a você ou a seu cônjuge, e 3) em apoio à continuação de sua qualificação.

## Para requerentes do Programa de Assistência Nutricional Suplementar (Supplemental Nutritional Assistance Program - SNAP)

### Programa de Assistência Nutricional Suplementar (SNAP)

Se você marcou a caixa na página 1, o MassHealth enviará este requerimento ao Departamento de Assistência Transicional (Department of Transitional Assistance - DTA). Este documento servirá como seu requerimento do SNAP! Se você se qualificar, seu SNAP começará a partir da data em que o DTA receber este requerimento do MassHealth. Ao assinar abaixo, você está concordando que leu e concorda com seus direitos, responsabilidades e penalidades previstas no programa SNAP.

Você pode se qualificar para os benefícios do SNAP em de 7 dias contados a partir da data em que o DTA receber este requerimento, se:

• Sua renda e dinheiro no banco totalizam menos do que suas despesas mensais com habitação, ou

• Sua renda mensal é inferior a $150 e o tal do seu dinheiro no banco é $100 ou menos, ou

• Você é um trabalhador migrante e o total do seu dinheiro no banco é $100 ou menos.

Para obter mais informações sobre o SNAP em Massachusetts, acesse [www.mass.gov/SNAP](http://www.mass.gov/SNAP).

### Aviso de Direitos, Responsabilidades e Penalidades do Departamento de Assistência Transicional (Department of Transitional Assistance - DTA)

Este aviso enumera os direitos e responsabilidades de todos os programas do DTA. Você deve seguir as regras dos programas aos quais está se candidatando.

Leia estas páginas e guarde-as em seus arquivos.

Contate o DTA se tiver alguma dúvida.

**Declaro sob pena de perjúrio que:**

* Li as informações neste formulário ou alguém as leu para mim.
* Minhas respostas neste formulário são verdadeiras e completas, pelo que eu saiba.
* Darei ao DTA informações que sejam verdadeiras e completas, pelo que eu saiba, durante minha entrevista e futuramente.

**Compreendo que:**

* Fornecer informações falsas ou enganosas é fraude,
* Distorcer ou omitir fatos para obter benefícios do DTA é fraude,
* Uma fraude é considerada uma Violação Intencional do Programa (Intentional Program Violation - IPV) e
* Se acreditar que cometi fraude, o DTA poderá aplicar penalidades civis e criminais contra mim.

**Também compreendo que:**

* O DTA irá verificar as informações fornecidas no meu requerimento. Se alguma informação for falsa, o DTA poderá negar meus benefícios.
* Também posso estar sujeito a processo criminal por fornecer informações falsas.
* Se o DTA obtiver informações de uma fonte confiável sobre uma mudança em meu agregado familiar, o valor do meu benefício poderá ser alterado.
* Pela minha assinatura neste formulário, estou dando permissão ao DTA para verificar minha qualificação (elegibilidade) para benefícios, incluindo:
  + Obter informações de outras agências estaduais ou federais, autoridades locais de habitação, departamentos de programas assistenciais de fora do estado, instituições financeiras e da Equifax Workforce Solutions (The Work Number). Também dou permissão a essas agências para que compartilhem informações sobre a qualificação (elegibilidade) de meu agregado familiar para o recebimento de benefícios do DTA.
  + Se o DTA usar informações da Equifax sobre a renda de meu agregado familiar, tenho direito de receber uma cópia gratuita do meu relatório da Equifax, se eu a solicitar no prazo de 60 dias da decisão do DTA. Tenho o direito de questionar as informações contidas no relatório. Posso contatar a Equifax no seguinte endereço ou telefone: Equifax Workforce Solutions, 11432 Lackland Road, St. Louis, MO 63146, 1-800-996-7566 (ligação gratuita).
* Tenho direito a uma cópia do meu requerimento, incluindo as informações que o DTA usa para decidir se minha família se qualifica ou não, e para decidir o valor dos benefícios. Posso pedir ao DTA uma cópia eletrônica do requerimento preenchido.

### Como o DTA usará minhas informações?

Pela minha assinatura abaixo, dou permissão ao DTA para obter informações e compartilhar informações sobre mim e sobre os membros do meu agregado familiar com:

* Bancos, escolas, governo, empregadores, locadores, empresas de serviços de utilidade pública e outras agências, para verificar se me qualifico para receber benefícios.
* Empresas de eletricidade, gás e telefone para que eu possa obter descontos nos serviços públicos. As empresas não podem compartilhar minhas informações ou usá-las para nenhuma outra finalidade.
* O Departamento de Habitação e Desenvolvimento Comunitário (Department of Housing and Urban Development) para inscrever-me no Programa Aquecimento e Alimentação (Heat & Eat Program). Este programa ajuda as pessoas a obter o máximo possível de benefícios do SNAP.
* O Departamento de Educação Primária e Secundária (ESE - Department of Elementary and Secondary Education) para que meus filhos possam receber refeições gratuitas na escola.
* O Programa Mulheres, Bebês e Crianças (Women, Infants & Children - WIC) para que qualquer criança com menos de 5 anos ou mulheres grávidas em meu agregado familiar possam receber benefícios do WIC.
* Os Serviços de Cidadania e Imigração dos EUA (The United States Citizenship and Immigration Services - USCIS), para verificar minha situação imigratória. As informações do USCIS podem afetar a qualificação dos meus familiares e o valor dos benefícios do DTA.

Observação: mesmo se você não se qualificar para benefícios devido ao seu status imigratório, o DTA não irá denunciá-lo às autoridades de imigração, a menos que você mostre ao DTA uma ordem final de deportação.

* O Departamento da Receita (Department of Revenue - DOR) para verificar minha qualificação para créditos fiscais com base na renda recebida e renda limitada, e para determinar se me qualifico para o “status de não pagamento de imposto” ou status de dificuldade econômica.
* O Departamento de Crianças e Famílias (Department of Children and Families - DCF) para coordenar os serviços oferecidos conjuntamente pelo DTA e DCF.

### Como o DTA usa o número da Previdência Social (SSN - Social Security Number)?

O DTA pode pedir os SSNs de acordo com a Lei de Alimentos e Nutrição de 2008 (7 USC 2011-2036) para o SNAP e de acordo com as MGL (Leis Gerais de Massachusetts) c. 18 Seção 33 para TAFDC e EAEDC. O DTA usa os SSNs para:

* Verificar a identidade e qualificação de cada membro do agregado familiar que inscrevo por meio de programas de correspondência de dados.
* Monitorar a conformidade com as regras do programa.
* Arrecadar dinheiro se o DTA alegar que recebi benefícios para os quais não me qualificava.
* Ajudar as autoridades a apreender pessoas que estão se escondendo das autoridades.

Entendo que não preciso fornecer ao DTA o SSN de qualquer pessoa em meu agregado familiar que não seja cidadão e que não deseje receber benefícios. A renda de uma pessoa que não é cidadão pode contar mesmo que essa pessoa que não é cidadão não receba benefícios.

### Direito a um intérprete

Compreendo que:

* Tenho direito a um intérprete profissional gratuito fornecido pelo DTA se preferir me comunicar em um idioma diferente do inglês.
* Se eu tiver uma audiência no DTA, posso pedir ao DTA que providencie um intérprete profissional gratuito ou, se preferir, posso levar uma outra pessoa para interpretar para mim. Se eu precisar que o DTA providencie um intérprete para a audiência, preciso ligar para a Divisão de Audiências pelo menos uma semana antes da data da audiência.

### Direito de se registrar para votar

Compreendo que:

* Tenho o direito de me registrar para votar por intermédio do DTA.
* O DTA me ajudará a preencher o formulário de requerimento de registro de eleitor, se eu precisar de ajuda.
* Posso preencher o formulário de requerimento de registro de eleitor em particular.
* Solicitar o registro ou recusar o registro para votar não afetará meus benefícios do DTA.

### Oportunidades de emprego

Concordo que o DTA pode compartilhar meu nome e informações de contato com provedores de treinamento ou potenciais empregadores, incluindo:

* Provedores SNAP Path Work ou especialistas DTA para clientes SNAP; e
* Provedores contratados, sejam eles potenciais empregadores ou de treinamento, ou funcionários com engajamento completo para clientes do Programa de Apoio Transitório a Famílias com Filhos Dependentes (Transitional Aid to Families with Dependent Children - TAFDC).

Os clientes do SNAP podem participar voluntariamente de serviços de educação e treinamento profissional por meio do programa Caminho para o Trabalho (Path to Work) do SNAP.

### *Situação de cidadania*

Juro que todos os membros de meu agregado familiar que estão solicitando benefícios do DTA são cidadãos americanos ou residentes legais que não são cidadãos.

### Programa de Assistência Nutricional Suplementar (SNAP)

***Compreendo que:***

* O DTA administra o programa SNAP em Massachusetts.
* Quando apresento um requerimento ao DTA (por telefone, online, pessoalmente ou por correio ou fax), o DTA tem 30 dias a partir da data em que recebeu meu requerimento para decidir se me qualifico.
  + Se me qualificar para o SNAP acelerado (emergencial), o DTA deve me fornecer o SNAP e garantir que eu tenha um cartão de Transferência Eletrônica de Benefícios (Electronic Benefit Transfer - EBT) no prazo de 7 dias a partir da data em que receber meu requerimento.
  + Tenho o direito de falar com um supervisor do DTA se:

O DTA me informar que não me qualifico para benefícios de emergência do SNAP e eu discordar disso.

Eu me qualificar para benefícios de emergência do SNAP, mas não receber meus benefícios até o 7º dia após o meu requerimento ao SNAP.

Me qualificar para benefícios de emergência do SNAP, mas não receber meu cartão de EBT até o 7º dia após o meu requerimento para o SNAP.

* Quando recebo o SNAP, tenho que seguir determinadas regras. Quando eu for aprovado para o SNAP, o DTA me dará uma cópia do folheto “Seu Direito de Saber” (Your Right to Know) e do folheto do Programa SNAP. Lerei os folhetos ou alguém os lerá para mim. Se tiver alguma pergunta ou precisar de ajuda para ler ou entender estas informações, posso ligar para o DTA pelo telefone 1-877-382-2363.
* Informar ao DTA sobre mudanças em meu agregado familiar:
  + Se eu for uma família que usa o Relatório Simplificado SNAP (SNAP Simplified Reporting), não preciso informar a maioria das mudanças ao DTA até a hora de entregar o Relatório Interino ou a Recertificação. As únicas coisas que tenho de informar antes são:

Se a renda do meu agregado familiar ultrapassar o limite de renda bruta (informado no meu aviso de aprovação). Tenho que informar isso até o dia 10 dia do mês seguinte ao mês em que minha renda ultrapassou tal limite.

Se eu tiver que cumprir as Regras de Trabalho para Adultos Fisicamente Capazes Sem Dependentes (Able-Bodied Adults Without Dependents - ABAWD) e minhas horas de trabalho caírem para menos de 20 horas por semana.

* + Se todos na minha casa tiverem 60 anos ou mais, sejam incapacitados, ou tenham menos de 18 anos, e ninguém tenha rendimentos provenientes de trabalho, as únicas coisas que tenho de informar são:

Se alguém começar a trabalhar, ou

Se alguém entrar ou deixar meu agregado familiar.

Devo informar essas mudanças até o dia 10 do mês seguinte ao mês em que ocorreu a mudança.

* + Se eu obtiver o SNAP por meio da Alternativa de Benefícios Transitórios (Transitional Benefits Alternative - TBA) porque parei de receber meu TAFDC, não preciso informar nenhuma mudança ao DTA durante os 5 meses nos quais receber o TBA.

Se eu obtiver o SNAP por meio do Projeto de Requerimento Combinado do Bay State (Bay State CAP) [Nota: Bay State é o apelido de Massachusetts], não preciso informar nenhuma alteração ao DTA.

Se eu e todas as pessoas no meu agregado familiar recebermos assistência em dinheiro (TAFDC ou EAEDC), devo informar certas alterações ao DTA no prazo de 10 dias da alteração.

Poderei obter mais benefícios do SNAP se informar e fornecer, a qualquer momento, comprovantes ao DTA do seguinte:

* Custos de cuidados de crianças ou outros dependentes, custos de abrigo e/ou custos de serviços de utilidade pública;
* Pensão alimentícia que eu (ou alguém do meu agregado familiar) seja legalmente obrigado a pagar a uma pessoa fora de meu agregado familiar; e
* Despesas médicas com pessoas do meu agregado familiar, inclusive eu mesmo, que tenha 60 anos ou mais ou seja incapacitado.

**Regras de trabalho para clientes do SNAP**: se você recebe benefícios do SNAP e tem de 16 a 59 anos, pode ser necessário que cumpra as regras gerais de trabalho do SNAP ou as regras de trabalho para Adultos Fisicamente Capazes Sem Dependentes (Able-Bodied Adults Without Dependents - ABAWD), a menos que esteja isento deste requisito. O DTA informará a mim e aos membros do meu agregado familiar se precisarmos cumprir alguma regra de trabalho, quais são as isenções e o que acontecerá se não cumprirmos as regras.

Se você tiver de seguir as Regras de Trabalho do SNAP, deverá:

* Registrar-se para trabalhar quando se inscrever e quando se recertificar para o SNAP. Você se registra quando assina o formulário de inscrição ou recertificação do SNAP.
* Fornecer informações ao DTA sobre sua situação empregatícia quando o DTA as solicitar.
* Apresentar-se a um empregador, se for encaminhado pelo DTA.
* Aceitar uma oferta de emprego (a menos que tenha um bom motivo para não fazer isso).
* Não deixar um emprego onde trabalha mais de 30 horas por semana sem motivo justo.
* Reduzir suas horas de trabalho para menos de 30 horas por semana sem motivo justo.

### Regras do SNAP

* Não fornecer informações falsas ou ocultar informações para obter os benefícios do SNAP.
* Não negociar ou vender benefícios do SNAP.
* Não alterar os cartões EBT para obter benefícios do SNAP para os quais você não se qualifica.
* Não usar os benefícios do SNAP para comprar itens que não podem ser comprados, como bebidas alcoólicas e tabaco.
* Não usar os benefícios SNAP ou o cartão EBT de outra pessoa, a menos que você seja um representante autorizado ou que o titular do cartão tenha lhe dado permissão para usar o cartão em nome dele.

### Advertências de penalidades do SNAP

Entendo que se eu ou qualquer pessoa do meu agregado familiar do SNAP violar intencionalmente qualquer uma das regras enumeradas acima, essa pessoa não se qualificará para o SNAP por um ano após a primeira violação, por dois anos após a segunda violação e permanentemente após a terceira violação. Essa pessoa também pode ser multada em até $250.000, condenada à prisão por até 20 anos, ou ambos. Ela também pode estar sujeita a processos de acordo com leis federais e estaduais.

Entendo também as penalidades a seguir. Se eu ou uma pessoa do meu agregado familiar do SNAP:

* Cometer uma Violação Intencional do Programa (Intentional Program Violation - IPV) envolvendo dinheiro, ela não se qualificará para o SNAP pelo mesmo período em que não se qualificar para receber assistência em dinheiro.
* Fazer uma declaração fraudulenta sobre sua identidade ou residência para obter múltiplos benefícios do SNAP *ao mesmo tempo,* ela não se qualificará para o SNAP por ***dez anos***.
* Trocar (comprar ou vender) benefícios do SNAP por substâncias controladas/drogas ilícitas, ela não se qualificará para o SNAP por ***dois anos*** na primeira ocorrência, e ***permanentemente*** na segunda ocorrência.
* Trocar (comprar ou vender) benefícios do SNAP por armas de fogo, munições ou explosivos, ela não se qualificará para o SNAP ***permanentemente***.
* Fazer uma oferta para vender benefícios SNAP ou um cartão EBT online ou pessoalmente, o Estado pode aplicar uma IPV contra eles.
* Pagar alimentos comprados a crédito, ela não se qualificará para o SNAP.
* Comprar produtos com benefícios do SNAP com a intenção de descartar o conteúdo e devolver as embalagens para receber dinheiro, ela não se qualificará para o SNAP.
* Fugir para evitar processo, custódia ou confinamento após condenação por um crime, ela não se qualificará para o SNAP.
* Violar liberdade supervisionada ou liberdade condicional, quando as autoridades estiverem tentando ativamente prendê-la, ela não se qualificará para o SNAP.

Qualquer pessoa que tenha sido condenada por crime qualificado depois de 7 de fevereiro de 2014 não se qualifica para benefícios do SNAP, se for um criminoso que estiver fugindo ou violando sua liberdade supervisionada ou liberdade condicional —de acordo com a 7 CFR §273.11(n)— e se foi condenada como adulto por:

1. Abuso sexual qualificado no âmbito da seção 2241 do título 18, do U.S.C.;
2. Assassinato no âmbito da seção 1111 do título 18, do U.S.C.;
3. Qualquer ofensa no âmbito do capítulo 110 do título 18, do U.S.C.;
4. Um crime federal ou estadual envolvendo estupro, conforme definido na seção 40002(a) da Lei de Prevenção da Violência contra Mulheres (VAWA - Violence Against Women Act) de 1994 (42 U.S.C. 13925a); ou
5. Um crime no âmbito das leis estaduais, determinado pelo Procurador-Geral como sendo substancialmente semelhante a um dos crimes descritos nesta lista.

### Declaração de não discriminação

De acordo com a lei federal de direitos civis e as regulamentações e políticas de direitos civis do Departamento de Agricultura dos EUA (USDA), esta instituição está proibida de discriminar com base em raça, cor, origem nacional, sexo (incluindo identidade de gênero e orientação sexual), crença religiosa, deficiência, idade, crenças políticas ou represália ou retaliação por atividades anteriores de direitos civis.

As informações do programa podem ser disponibilizadas em idiomas que não sejam o inglês. Pessoas com deficiência que necessitarem de meios alternativos de comunicação para obterem informações sobre o programa (p.ex., Braille, caracteres grandes, gravações de áudio, Língua de Sinais Americana [ASL), etc.) deverão entrar em contato com o órgão (estadual ou local) onde fizeram o requerimento de benefícios. Indivíduos que forem surdos, tiverem problemas de audição ou deficiências de fala podem entrar em contato com o USDA por meio do Federal Relay Service (Serviço de Retransmissão Federal), pelo telefone (800) 877-8339.

Para registrar uma reclamação de discriminação de programa, a pessoa reclamante deve preencher o Formulário AD-3027, o Formulário de Reclamação de Discriminação de Programa do USDA (USDA Program Discrimination Complaint Form), que pode ser obtido online em: [https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf](https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf) em qualquer escritório do USDA, ligando para (833) 620-1071, ou escrevendo uma carta endereçada ao USDA. A carta deve conter o nome, endereço, número de telefone e uma descrição da suposta ação discriminatória em detalhes suficientes para informar o(a) Secretário(a) Assistente de Direitos Civis (ASCR) sobre a natureza e a data de uma suposta violação dos direitos civis. O formulário AD-3027 preenchido ou a carta devem ser enviados para:

1. **correio:**

Food and Nutrition Service, USDA   
1320 Braddock Place, Room 334   
Alexandria, VA 22314; or

1. **fax:**

(833) 256 1665 ou (202)-690-7442; ou

1. **e-mail:**

FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

**Esta instituição é um provedor que oferece igualdade de oportunidades.**