Massachusetts
Solicitação dos benefícios SNAP para idosos
(Para indivíduos e casais a partir dos 60 anos)

Como faço para solicitar os benefícios SNAP?

- Envie pelo DTAConnect
- Envie por fax para **617-887-8765**
- Envie por correio para **DTA Document Processing Center, P.O. Box 4406, Taunton, MA 02780-0420**
- Digitalize em um escritório local do **DTA**

Sobrenome:	Nome:	Nome do meio:
Endereço residencial:		Cidade, Estado, Zip Code:
Endereço de correspondência (se for diferente do endereço físico):		Cidade, Estado, Zip Code:
Telefone:		Você está desabrigado? ☐ Sim ☐ Não

Em que tipo de moradia você vive?

☐ Residência privada	☐ Instalação residencial	☐ Abrigo
☐ Residência pública	☐ Campo de refugiados	☐ Residência temporária
☐ Residência transitória	☐ Pensão	☐ Outro

Ao assinar, concordo que:

- Li todo este formulário (ou o leram para mim em um idioma que compreendo), incluindo a seção sobre direitos e responsabilidades, e entendo que devo cumprir essas regras;
- As informações que estou dando são verdadeiras e completas, de acordo com o meu conhecimento;
- Eu poderia ser preso ou ser obrigado a pagar multas se conscientemente fornecer informações erradas ou incompletas;
- O DTA e outras autoridades federais, estaduais e locais podem verificar (conferir) qualquer informação que eu der.

Assinatura:	Data:

- **A sua solicitação só será aceita se você incluir o seu nome, o seu endereço e a sua assinatura.**
- **Caso ela seja aprovada, os seus benefícios SNAP serão emitidos tendo como base a data em que o DTA recebeu a sua solicitação.**
- **Para fazer a sua entrevista, ligue para 1-833-712-8027, entre 8:15hs e 16:45hs, de segunda a sexta.**

Você pode obter os benefícios SNAP em 7 dias se:
• A sua renda bruta e o dinheiro que você tem no banco representarem menos do que os seus gastos mensais com moradia; ou • A sua renda bruta mensal for menor do que US$ 150 e você tiver até US$ 100 no banco; ou • Você for um trabalhador imigrante e tiver até US$ 100 no banco.

Você tem um cartão de Transferência Eletrônica de Benefícios (EBT)?

☐ Sim ☐ Não

Se um caso for reaberto, o cartão EBT irá funcionar. Se você não tiver o cartão EBT, podemos enviá-lo para você ou imprimi-lo no escritório do DTA mais próximo. Você pode receber um cartão EBT antes mesmo que a sua elegibilidade seja determinada. Dessa forma, você poderá utilizar os benefícios assim que eles estiverem disponíveis. Ao receber o seu cartão EBT, você terá mais informações sobre como utilizá-lo.

Caso você tenha uma necessidade especial e precise de ajuda, adotaremos medidas especiais para atender você.

Ligue para 1-877-382-2363 e solicite medidas especiais ou auxílio com a solicitação.



Você tem alguma necessidade especial?	☐ Sim	☐ Não
Se sim, qual é o seu método preferido de comunicação?	☐ Presencial ☐ Telefone	☐ Linguagem americana de sinais - Presencial ☐ Linguagem americana de sinais - Serviço de Intermediação por Vídeo (SIV/VRS) Número de telefone SIV/VRS: _____
A MassHealth certificou que você tem uma necessidade especial?	☐ Sim	☐ Não

O DTA poderá enviar mensagens de texto sobre datas de vencimento, informações de casos, fechamentos de escritórios e outras informações importantes. Note que taxas de utilização de dados podem ser aplicadas.

Caso **não queira** receber mensagens de texto do DTA, cancele a sua inscrição no DTA Connect, ligue para nós no 1-877-382-2363 ou digite OPT OUT (CANCELAR INSCRIÇÃO) se receber uma mensagem de texto.

Informações sobre você

Número do seguro social:	Data de nascimento:	Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino
Você é cidadão dos EUA? ☐ Sim ☐ Não **NOTA:** Pessoas que não têm cidadania americana e que não estejam solicitando o SNAP não precisam informar o número do seguro social ou o status de imigração.		Em qual idioma você prefere se comunicar? _____

Qual é a sua raça?*

☐ Negro ou afro-americano ☐ Nativo americano ou do Alasca ☐ Branco

☐ Asiático ☐ Nativo do Havaí ou de outra ilha do Pacífico

Qual é a sua etnia?*

☐ Hispânico ou latino ☐ Não hispânico ou latino

* A sua resposta não irá afetar a sua elegibilidade. Fazemos essas perguntas para garantir que todos sejam tratados com equidade, independentemente de etnia, cor ou nacionalidade. Deixe o campo em branco caso você prefira não responder.

Membros do domicílio

Você mora com outras pessoas? ☐ Sim ☐ Não

Se a sua resposta for **sim**, preencha os campos abaixo.

Nome	**Data de nascimento**	**Número do seguro social**	**Parentesco com você?**	**Essa pessoa é cidadã americana?**	**Essa pessoa está solicitando os benefícios SNAP?**
				☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não
				☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não
				☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não

Renda

Alguém recebe **renda** como salários, seguro-desemprego, pensão para os filhos, Seguro Social, SSI, remuneração trabalhista, benefícios para ex-combatentes, pensões ou renda de aluguel? ☐Sim ☐Não

Se a sua resposta for **sim**, preencha os campos abaixo.

Pessoa com renda	**Tipo de renda**	**Frequência**		**Valor bruto**
		☐ Semanal ☐ Quinzenal	☐ Mensal ☐ Outro:	
		☐ Semanal ☐ Quinzenal	☐ Mensal ☐ Outro:	
		☐ Semanal ☐ Quinzenal	☐ Mensal ☐ Outro:	

Custos de moradia

O domicílio é responsável pelo pagamento dos custos de moradia? Se a sua resposta for **sim**, preencha os campos abaixo.

Tipo:	**Valor:**	**Frequência:**		
☐ Aluguel	$_____	☐ Mensal	☐ Trimestral	☐ Anual
		☐ Outro:		
☐ Hipoteca	$_____	☐ Mensal	☐ Trimestral	☐ Anual
		☐ Outro:		
☐ Impostos imobiliários*	$_____	☐ Mensal	☐ Trimestral	☐ Anual
		☐ Outro:		
☐ Seguro residencial*	$_____	☐ Mensal	☐ Trimestral	☐ Anual
		☐ Outro:		
☐ Taxa de condomínio	$_____	☐ Mensal	☐ Trimestral	☐ Anual
		☐ Outro:		
☐ Outro	$_____	☐ Mensal	☐ Trimestral	☐ Anual
		☐ Outro:		

* Deixe os campos "Taxas imobiliárias" e "Seguro residencial" em branco caso essas despesas estejam incluídas no financiamento.

Custos de consumo

O domicílio é responsável pelo pagamento dos custos de consumo **separadamente** dos custos de moradia?

☐ Sim ☐ Não

Se **sim**, marque todas as contas de consumo que se aplicam a você:

☐ **Aquecimento** (óleo, gás, eletricidade ou propano, etc.)

☐ **Eletricidade para ar condicionado no verão**

☐ **Taxa de uso de ar condicionado no verão**

☐ **Energia elétrica ou gás** (exceto o uso de aquecimento); água; esgoto; e/ou coleta de lixo

☐ **Telefone ou serviço de telefone** (incluindo pré-pago)

Custos de assistência a dependentes

Alguém é responsável pelo pagamento dos custos de assistência a dependentes (adultos ou crianças)? ☐ Sim ☐ Não

Se a sua resposta for **sim**, preencha os campos abaixo.

Nome do dependente	**Valor pago**	**Frequência**
_____	$_____	☐ Semanal ☐ Quinzenal ☐ Mensal ☐ Outro:
_____	$_____	☐ Semanal ☐ Quinzenal ☐ Mensal ☐ Outro:

Alguém precisa se deslocar para ser atendido por um profissional de saúde? ☐ Sim ☐ Não

Se a sua resposta for **sim**, preencha os campos abaixo.

Nome do dependente	**Endereço do profissional de saúde**	**Número de deslocamentos (carro) por semana**		**Se não for em carro próprio: Custo de transporte público, táxi, van etc.**
		ATÉ	**DE**	

Despesas médicas

Alguém com pelo menos 60 anos ou que é portador de necessidades especiais paga por **despesas médicas**? ☐ Sim ☐ Não

Se a sua resposta for **sim**, preencha os campos abaixo.

Nome	**Tipo de despesa**	**Custo total por mês**
_____	☐ Custos médicos ☐ Custos odontológicos ☐ Plano de saúde ☐ Medicamentos ☐ Outro (medicamentos sem receita, suprimentos médicos, etc.)	_____
_____	☐ Custos médicos ☐ Custos odontológicos ☐ Plano de saúde ☐ Medicamentos ☐ Outro (medicamentos sem receita, suprimentos médicos, etc.)	_____

NOTA: Você pode ser reembolsado pelos custos que tiver de pagar, mesmo se estiver atrasado ou não puder pagá-los. Os custos médicos incluem copagamentos, receitas, medicamentos sem receita, plano de saúde, contas médicas, transporte e muito mais.

Alguém precisa se deslocar para ser atendido (incluindo farmácia, médico, terapeuta, etc.)? ☐ Sim ☐ Não

Se a sua resposta for **sim**, preencha os campos abaixo.

Nome do dependente	**Endereço do profissional de saúde**	**Número de deslocamentos (carro) por semana**		**Se não for em carro próprio: Custo de transporte público, táxi, van etc.**
		ATÉ	**DE**	

SNAP em outro estado

Alguém recebeu os benefícios SNAP fora do estado de Massachusetts nos últimos 30 dias? ☐ Sim ☐ Não

Se **sim**, quem?

_____

Alguém já sofreu penalidades em outro estado por não cumprir os requisitos de trabalho do programa SNAP? ☐ Sim ☐ Não

Se **sim**, quem?

_____

Auxílio com a solicitação

Você gostaria de permitir que nós entrássemos em contato com uma pessoa ou agência caso não seja possível falar com você por telefone?* ☐ Sim ☐ Não

Se a sua resposta for **sim**, preencha os campos abaixo.

Nome da pessoa ou agência: _____

Telefone: _____

Endereço: _____

* A isso damos o nome de Agência/Pessoa Assistente. Essa função só é válida durante o período de solicitação.

Autorização para o compartilhamento de informações

Você gostaria de autorizar uma pessoa ou agência a falar com o DTA e obter informações confidenciais relevantes sobre o seu caso?* ☐ Sim ☐ Não

Se a sua resposta for **sim**, preencha os campos abaixo.

Nome da pessoa ou agência: _____

Telefone: _____

Endereço: _____

* Esta função não pode reportar alterações ou fazer entrevistas. A permissão expira após um ano.

Representante autorizado para certificação

Você gostaria de dar permissão a uma agência ou a alguém em quem você confia para assinar formulários, reportar alterações, fazer entrevistas e falar sobre o seu caso conosco?* ☐ Sim ☐ Não

Se a sua resposta for **sim**, preencha os campos abaixo.

Nome da pessoa ou agência: _____

Telefone: _____

Número de Identificação do Empregador Federal (somente agência): _____

* A permissão se manterá válida até que seja cancelada.

Representante autorizado para transações EBT

Você gostaria de dar permissão a alguém em quem você confia para obter um cartão EBT para comprar alimentos para você usando os seus benefícios SNAP?* ☐ Sim ☐ Não

Se a sua resposta for **sim**, preencha os campos abaixo.

Nome da pessoa ou agência: _____

Telefone: _____

Endereço: _____

* A identidade da pessoa deve ser comprovada antes da emissão do cartão. A permissão se manterá válida até que seja cancelada.

- Caso você queira cancelar um cartão EBT para um representante autorizado, ligue para 800-997-2555.

- Caso você queira cancelar qualquer uma das funções acima, ligue para 877-382-2363.

Qual é a próxima etapa?

Guarde as páginas a seguir para os seus registros.



Ligação telefônica

Ligaremos para você para fazer uma entrevista. Se não conseguirmos falar com você, enviaremos uma carta com informações de agendamento. Você pode ligar para a gente no número 1-833-712-8027, de segunda a sexta, das 8:15hs às 16:45hs para fazer uma entrevista.



Envio de comprovantes

Se necessário, iremos disponibilizar uma lista de documentos para verificarmos a sua elegibilidade. Você tem 30 dias a partir da data da solicitação para enviar os documentos. Fale com a gente se precisar de ajuda!



Obtenha os benefícios SNAP

Enviaremos a você uma carta contendo a nossa decisão em até 30 dias. Se você for aprovado, os seus benefícios serão creditados no seu cartão EBT. Se você não for aprovado, informaremos o motivo.



Conecte-se

Acesse DTAConnect.com, use o app DTA Connect ou ligue para o canal de atendimento do DTA no número 1-877-382-2363 para conferir o status do seu caso, atualizar informações, enviar documentos e muito mais!

Se quiser mais informações ou precisar de ajuda, ligue para **1-833-712-8027** ou acesse Mass.gov/DTA.

RECURSOS ADICIONAIS

SNAP Path to Work: Encontre agências de emprego e treinamento acessando SNAPpathtowork.org.

Nota: Isto é válido apenas para clientes SNAP

Massachusetts 2-1-1: Ligue 211 para encontrar programas de saúde e serviços humanos em sua área.

SNAP-Ed: Visite o site SNAP Nutrition Education em MAhealthyfoodsinaSNAP.org para encontrar receitas saudáveis, dicas de culinária e maneiras de manter sua família ativa!

Project Bread: Ligue para o canal de atendimento do programa Project Bread no número 1-800-645-8333 para encontrar recursos de alimentos locais.

AS SUAS OPÇÕES DE COMPROVANTES

- **Você pode usar esta lista de verificação para enviar comprovantes junto com a sua solicitação. Isso nos ajudará a processar a sua solicitação mais rapidamente!**
- **Caso você não tenha todos os comprovantes, NÃO ESPERE para enviar a sua solicitação! Você pode enviar os comprovantes depois.**
- **Para mais informações, acesse Mass.gov/SNAPverifications.**

☐ **Se alguém no seu domicílio possui renda proveniente de trabalho**, envie-nos um comprovante da renda bruta (sem descontar impostos) das últimas quatro semanas, como:

- ☐ Holerites ou registro de pagamento
- ☐ Comprovante de qualquer pagamento que você recebeu e horas trabalhadas
- ☐ Se você for autônomo, envie documentos empresariais que mostrem a renda e as despesas, como:
  - ☐ Schedule C (formulário 1040 do IRS)
  - ☐ Formulário 1099 do IRS ou outro registro de impostos
  - ☐ Outros registros como faturas, contas ou recibos que mostrem a sua renda e/ou despesas.

☐ **Se alguém no seu domicílio possui rendimento não proveniente de trabalho**, envie-nos um comprovante do valor mensal, como:

- ☐ Carta de benefícios ou gratificações
- ☐ Demonstrativo da agência responsável pelo pagamento

NOTA: Geralmente, podemos verificar por conta própria o valor dos benefícios de Seguro Social, SSI, DOR Child Support ou MA Unemployment Compensation. Informaremos se você precisar comprovar algum desses itens.

☐ **Para comprovar que você mora em Massachusetts**, envie um dos documentos a seguir:

- ☐ Recibo de aluguel, locação ou formulário de Verificação do Proprietário
- ☐ Escritura ou declaração de hipoteca, conta de consumo ou título de eleitor
- ☐ Formulário de Verificação de domicílio compartilhado ou declaração de alguém que mora com você

☐ **Se alguém no domicílio está fazendo pagamentos de pensão alimentícia**, envie-nos:

- ☐ Comprovante da obrigação legal de pagar a pensão alimentícia (como uma ordem judicial)
- ☐ Comprovação dos pagamentos recentes.

☐ **Se alguém no domicílio não é cidadão americano e está solicitando benefícios**, envie um comprovante como:

- ☐ Cartão de residência permanente (“Green Card”)
- ☐ Cartão de autorização de emprego
- ☐ Cartão de residência temporária
- ☐ Registro de Entrada-Saída do país (I-94)
- ☐ Carimbo no passaporte
- ☐ Outro documento mostrando o status de imigração atual ou pendente
- ☐ Declaração de um advogado de imigração sobre o status atual ou pendente

☐ **Se alguém no domicílio é idoso e/ou portador de necessidade especial e gasta com tratamentos médicos**, envie um comprovante dessas despesas (contas, faturas ou recibos). Alguns custos de transporte por motivos médicos podem ser autodeclarados.

NOTA: Os custos médicos totais do domicílio devem ser superiores a US$ 35 por mês.

☐ **Se alguém no domicílio tem custos de moradia**, envie-nos um comprovante como:

- ☐ Recibo de aluguel
- ☐ Contrato de aluguel
- ☐ Carta do proprietário do imóvel
- ☐ Cheque ou ordem de pagamento cancelados
- ☐ Contrato de financiamento
- ☐ Comprovante de seguro residencial ou taxas imobiliárias
- ☐ Se você não for o inquilino principal ou o proprietário do imóvel, forneça uma declaração da pessoa com quem você mora informando a sua participação nas despesas com moradia e contas de consumo.
- ☐ Outros documentos informando o custo e o tipo de despesa que você precisa pagar

☐ **Se alguém no domicílio tem custos de contas de consumo**, envie-nos um comprovante como:

- ☐ Conta de aquecimento, ar condicionado, luz, gás ou telefone
- ☐ Contas de consumo de outros serviços públicos, como carvão, lenha para aquecimento, coleta de lixo, água e esgoto
- ☐ Contrato de aluguel mostrando que você paga as contas de consumo
- ☐ Carta do proprietário ou da pessoa que divide o imóvel com você

☐ **Se alguém no domicílio tem custos com dependentes**, envie-nos um comprovante como:

- ☐ Declaração ou carta do profissional de saúde
- ☐ Recibo, cheques ou ordens de pagamento cancelados

☐ Todos os clientes SNAP devem seguir os Requisitos ABAWD de Trabalho, a menos que sejam isentos.

- ☐ Para obter uma lista de isenções e mais informações sobre as Regras de Trabalho do SNAP, acesse www.mass.gov/snapworkrules ou ligue para 877-382-2363.

Department of Transitional Assistance (DTA) Notificação de direitos, responsabilidades e penalidades

- Esta notificação traz uma lista de direitos e responsabilidades referentes a todos os programas do DTA. Você deve seguir as regras desta notificação para os programas nos quais se registrou.
- Leia as páginas a seguir e guarde-as para consultas futuras.
- Em caso de dúvidas, fale com o DTA.

Juro sob pena de perjúrio que:

- Li as informações deste formulário, ou alguém as leu para mim.
- Minhas respostas neste formulário são verdadeiras e completas, de acordo com o meu conhecimento.
- As informações que darei ao DTA durante a entrevista e no futuro são verdadeiras e completas, de acordo com o meu conhecimento.

Entendo que:

- prestar informações falsas ou errôneas é fraude,
- deturpar ou ocultar fatos para receber benefícios do DTA é fraude,
- fraudes são consideradas uma Intentional Program Violation (IPV), e
- caso o DTA acredite que eu cometi uma fraude, o DTA poderá me processar civil e criminalmente.

Entendo também que:

- O DTA irá checar as informações prestadas por mim no processo de registro. Se qualquer informação for falsa, o DTA poderá negar meus benefícios.
- Estarei também sujeito a um processo criminal em caso de prestação de informações falsas.
- Se o DTA obtiver informações de uma fonte confiável a respeito de alterações no meu domicílio, o valor do meu benefício pode mudar.
- Ao assinar este formulário, permito que o DTA verifique minha elegibilidade aos benefícios, incluindo:
  - Obter informações de outras agências estaduais ou federais, autoridades locais de moradia, secretarias de bem-estar, instituições financeiras e Equifax Workforce Solutions (‘Work Number’). Permito também que essas agências compartilhem informações sobre a elegibilidade do meu domicílio aos benefícios do DTA.
  - Se o DTA utilizar informações do Equifax sobre a renda do meu domicílio, tenho direito de receber uma cópia gratuita do relatório da Equifax caso eu solicite em um prazo de 60 dias após a decisão do DTA. Tenho o direito de questionar as informações deste relatório. Posso entrar em contato com a Equifax por meio do endereço e telefone a seguir: Equifax Workforce Solutions, 11432 Lackland Road, St. Louis, MO 63146, 800-996-7566 (ligação gratuita).
- Tenho o direito de ter uma cópia do meu registro, incluindo as informações que o DTA usa para decidir a elegibilidade do meu domicílio e o valor do benefício. Posso pedir ao DTA uma

cópia eletrônica do registro completo.

Como o DTA irá usar as minhas informações?
Ao assinar abaixo, permito que o DTA obtenha e compartilhe informações sobre mim e os membros do meu domicílio com:

- Bancos, escolas, governo, empregadores, proprietários, empresas de serviços públicos e outras agências, para checar se eu sou elegível aos benefícios.
- Empresas de eletricidade, gás e telefone, para que eu possa ter acesso a descontos nesses serviços. As empresas não podem compartilhar as minhas informações ou usá-las para quaisquer outros fins.
- Para que o Department of Housing and Livable Communities possa me registrar no Heat & Eat Program.. Este programa ajuda as pessoas a obterem o máximo dos benefícios SNAP.
- Para que o Department of Early and Secondary Education possa oferecer aos meus filhos refeições gratuitas na escola.
- Para o que programa de Woman, Infants and Children (WIC) possa auxiliar quaisquer crianças com menos de 5 anos ou mulheres grávidas no meu domicílio.
- Para que o United States Citizenship and Immigration Services (USCIS)verifique o meu status de imigração. As informações do USCIS podem afetar a elegibilidade do meu domicílio e o valor do benefício do DTA.

  Nota: Mesmo que você não seja elegível aos benefícios por conta do seu status de imigração, o DTA não irá reportar você às autoridades de imigração, a menos que você apresente ao DTA uma ordem final de deportação.
- Para que o Department of Revenue (DOR) possa verificar minha elegibilidade a créditos tarifários, como 'Earned Income' e 'Limited Income', e para verificar se eu sou elegível ao status de 'No Tax' ou 'carente'.
- Para que o Department of Children and Families (DCF) possa coordenar os serviços oferecidos em conjunto pelo DTA e pelo DCF.

Como o DTA usa os números do seguro social (SSNs)?
O DTA tem autorização para pedir os SSNs de acordo com o Food and Nutrition Act of 2008 (7 U.S.C. 2011-2036) para o SNAP e de acordo com o M.G.L. c. 18, Seção 33 para o TAFDC e o EAEDC. O DTA usa os SSNs para:

- Checar a identidade e a elegibilidade de cada membro do domicílio registrado por mim por meio de programas de conferência de dados.
- Monitorar a conformidade com as regras do programa.
- Coletar dinheiro caso o DTA afirme que eu tive acesso a benefícios para o qual não fui elegível.
- Ajudar agências legais a encontrar pessoas foragidas.

Entendo que eu não tenho que dar ao DTA o SSN de nenhum não cidadão do meu domicílio, incluindo eu mesmo, que não quiser os benefícios. A renda de um não cidadão pode contar mesmo

que o não cidadão não receba benefício.

Direito a um intérprete
Entendo que:

- Tenho o direito de ter, gratuitamente, um intérprete profissional fornecido pelo DTA se eu preferir me comunicar em um idioma diferente do inglês.
- Se eu tiver uma audiência com o DTA, posso pedir ao DTA para me fornecer, gratuitamente, um intérprete profissional ou, se eu preferir, posso trazer alguém para ser o meu intérprete. Se eu precisar que o DTA me forneça um intérprete para uma audiência, devo ligar para a Divisão de Audiências pelo menos uma semana antes da data da audiência.

Direito de se registrar para votar
Entendo que:

- Tenho o direito de me registrar para votar por meio do DTA.
- O DTA irá me ajudar a preencher o formulário de registro de eleitor caso eu solicite ajuda.
- Posso preencher o formulário de registro de eleitor de forma privada.
- Cadastrar-se ou não para votar não afetará meus benefícios junto ao DTA.

Oportunidades de emprego
Entendo que o DTA poderá compartilhar meu nome e informações de contato com os prestadores de serviço de emprego e treinamento, incluindo:

- Parceiros do SNAP Path Work ou especialistas do DTA para clientes SNAP; e
- P arceiros de treinamento e contratação terceirizada ou Full Engagement Workers de clientes TAFDC.

Os clientes SNAP podem participar voluntariamente de treinamentos profissionais e de capacitação por meio do programa SNAP Path to Work.

Status de cidadania
Juro que todos os membros do meu domicílio que estão solicitando os benefícios do DTA são cidadãos americanos ou não cidadãos residindo legalmente.

Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)

Entendo que:

- O DTA administra o programa SNAP em Massachusetts.
- Quando eu registro uma solicitação junto ao DTA (por telefone, on-line, presencialmente, por correio ou fax), o DTA tem 30 dias a partir da data da solicitação para decidir se eu sou elegível.
    - Se eu for elegível ao SNAP emergencial, o DTA é obrigado a me fornecer o SNAP e garantir que eu tenha o Electronic Benefit Transfer (EBT) dentro de 7 dias da data da minha solicitação.
    - Eu tenho o direito de falar com um supervisor do DTA se:

        - O DTA disser que eu não sou elegível ao SNAP emergencial e eu discordar.
        - Eu sou elegível ao SNAP emergencial, mas não recebi meus benefícios até o 7º dia após a solicitação do SNAP.
        - Eu sou elegível ao SNAP emergencial, mas não recebi meu cartão EBT até o 7º dia após a solicitação do SNAP.
- Quando eu recebo o SNAP, tenho de seguir determinadas regras. Quando eu for aprovado para receber o SNAP, o DTA me dará uma cópia da apostila "Your Right to Know" e da apostila do Programa SNAP. Eu irei ler as apostilas ou pedirei que alguém as leia para mim. Se eu tiver dúvidas ou precisar de ajuda para ler ou entender esta informação, posso ligar para o DTA no número 877-382-2363.
- **Informando o DTA sobre mudanças no meu domicílio**:
    - Se o meu domicílio estiver sob o regime 'SNAP Simplified Reporting', eu não preciso reportar a maior parte das mudanças ao DTA até que seja necessário fazer um Relatório Provisório ou Recertificação. As únicas coisas que eu preciso reportar com antecedência são:
        - Se a renda do meu domicílio ultrapassar o limite de renda bruta (listada na minha notificação de aprovação).
            - Eu devo reportar isso até o 10º dia do mês subsequente ao mês em que a minha renda ultrapassou o limite.
        - Se eu tiver que seguir as regras da Able-Bodied Adults Without Dependents (ABAWD) e as minhas horas trabalhadas ficarem abaixo de 20 horas por semana.
    - Se todos em meu domicílio tiverem 60 anos ou mais, deficientes, com menos de 18 anos ou não tiverem nenhuma renda profissional, as únicas coisas que eu preciso reportar são:
        - Se alguém começar a trabalhar ou
        - entrar/sair do meu domicílio.
            - Eu devo reportar isso até o 10º dia do mês subsequente ao mês em que a mudança ocorreu.
    - Se eu receber o SNAP por meio do Transitional Benefits Alternative (TBA) porque o meu TAFDC foi interrompido, não preciso reportar quaisquer mudanças ao DTA pelos 5 meses em que eu recebi o TBA.
    - Se eu receber o SNAP por meio do Bay State CAP, não preciso reportar quaisquer mudanças ao DTA.

Se eu e todas as pessoas do meu domicílio receberem auxílio em dinheiro (TAFDC ou EAEDC), devo reportar as mudanças ao DTA em 10 dias após a mudança. Confira abaixo o tópico **'Quando eu preciso informar o DTA a respeito de mudanças no meu domicílio?'** na seção **Transitional Aid to Families with Dependent Children (TAFDC) e Emergency Aid to the Elderly, Disabled, and Children (EAEDC)**.

Eu posso receber mais benefícios SNAP se eu reportar e fornecer comprovantes ao DTA referentes aos seguintes tópicos, a qualquer momento:

- Despesas com crianças ou outros dependentes, despesas com abrigo e/ou despesas com

serviços públicos;
- Pensão alimentícia para os filhos que eu (ou alguém no meu domicílio) é legalmente obrigado a pagar a alguém que não mora no domicílio; e
- Despesas médicas para membros do meu domicílio, incluindo eu mesmo, que tenham pelo menos 60 anos ou são portadores de deficiência.

Regras de trabalho para clientes SNAP: Se você recebe os benefícios SNAP e tem entre 16 e 59 anos, é preciso seguir algumas regras profissionais referentes ao SNAP ou ABAWD, a não ser que você seja isento. O DTA irá informar a mim e aos membros do meu domicílio se nós tivermos que seguir quaisquer regras profissionais, quais são as isenções e o que irá acontecer se nós não seguirmos essas regras.
Se você está sob as SNAP Work Rules:
- Você deve se registrar para trabalhar no momento da inscrição e da Recertificação para o SNAP. O seu registro é feito ao assinar o formulário de inscrição ou de Recertificação do SNAP.
- Quando solicitado, você deverá fornecer ao DTA informações sobre o seu status de emprego.
- Você deve se reportar a um empregador se este tiver sido indicado pelo DTA.
- Você deve aceitar uma oferta de emprego (a menos que tenha uma boa razão para não fazê-lo).
- Você não pode sair de um emprego de mais de 30 horas por semana sem uma boa razão.
- Você não pode reduzir suas horas de trabalho para menos de 30 horas por semana sem uma boa razão.

Regras do SNAP
- Não preste informações falsas ou oculte informações para receber os benefícios SNAP.
- Não venda ou negocie os benefícios SNAP.
- Não altere os cartões EBT para receber benefícios SNAP para os quais você não é elegível.
- Não use os benefícios SNAP para comprar itens inelegíveis, como bebidas alcoólicas ou tabaco.
- Não use os benefícios SNAP ou o cartão EBT de outra pessoa, a menos que você seja um representante autorizado ou o recipiente tenha dado permissão para você usar o cartão dele em nome dele.

Avisos de penalidade do SNAP
Entendo que se eu ou qualquer membro do meu domicílio SNAP quebrar intencionalmente (de propósito) quaisquer regras listadas acima, essa pessoa não será elegível ao SNAP por *um ano* após a primeira violação, *dois anos* após a segunda violação e *para sempre* após a terceira violação. Essa pessoa também pode ser multada em até US$ 250.000, presa por até 20 anos ou os dois. Ela também estará sujeita a processos segundo as leis federais e estaduais.
Entendo também as penalidades a seguir. Se eu ou um membro do meu domicílio SNAP:
- Cometer uma Intentional Program Violation (IPV) de **auxílio financeiro**, essa pessoa será inelegível ao SNAP pelo mesmo período em que ela ficar inelegível ao auxílio financeiro.

- Fizer uma declaração fraudulenta sobre a própria identidade ou o domicílio para receber múltiplos benefícios SNAP *ao mesmo tempo*, essa pessoa será inelegível ao SNAP por ***dez anos***.
- Negociar (comprar ou vender) benefícios SNAP para ter acesso a substâncias de origem controlada/drogas ilegais, essa pessoa será inelegível ao SNAP por ***dois anos*** na primeira vez e ***para sempre*** na segunda vez.
- Negociar (comprar ou vender) benefícios SNAP para ter acesso a armas de fogo, munição ou explosivos, essa pessoa será inelegível ao SNAP ***para sempre***.
- Fizer uma oferta para vender benefícios SNAP ou um cartão EBT on-line ou presencialmente, o estado poderá acusá-la de IPV.
- Pagar por alimentos comprados com o crédito, essa pessoa será inelegível ao SNAP.
- Comprar produtos com os benefícios SNAP com a intenção de descartar o conteúdo e devolver os recipientes em troca de dinheiro, essa pessoa será inelegível ao SNAP.
- Fugir para evitar processo, custódia ou prisão após acusação de crime, essa pessoa será inelegível ao SNAP.
- Violar a liberdade condicional, quando agências legais estiverem autorizadas a efetuar prisão, essa pessoa será inelegível ao SNAP.

Qualquer pessoa que for considerada culpada de um crime após 7 de fevereiro de 2014 é inelegível aos benefícios SNAP se estiver foragida ou violando a liberdade condicional - de acordo com o artigo 7 CFR §273.11(n) - **e** tiver sido considerada culpada quando adulta por:

1. Abuso sexual grave, sob a seção 2241 do parágrafo 18, U.S.C.;
2. Assassinato, sob a seção 1111 do parágrafo 18, U.S.C.;
3. Qualquer tipo de agressão sob o capítulo 110 do parágrafo 18, U.S.C.;
4. Uma contravenção prevista na legislação federal ou estadual envolvendo assédio sexual, conforme a seção 40002(a) do 1994 VAWA (42 U.S.C. 13925a); ou
5. Uma contravenção prevista na lei estadual determinada pelo Procurador Geral, substancialmente similar a uma contravenção descrita nesta lista.

Declaração de não-discriminação

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

As informações do programa podem ser disponibilizadas em outros idiomas além do inglês. As pessoas com deficiência que necessitam de meios alternativos de comunicação para obter informações do programa (por exemplo, Braille, letras ampliadas, fita de áudio, língua de sinais americana), devem entrar em contato com a agência (estadual ou local) onde eles solicitaram benefícios. Pessoas surdas, com deficiência auditiva ou com deficiência de fala podem entrar em contato com o USDA por meio do Serviço de Retransmissão Federal pelo (800) 877-8339.

Para registrar uma queixa de discriminação do programa, o reclamante deve preencher um Formulário AD-3027, Formulário de Queixa de Discriminação do Programa do USDA que pode ser obtido online em: https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/ad3027-portuguese.pdf, em qualquer escritório do USDA, telefonando para (866) 632-9992, ou escrevendo uma carta endereçada ao USDA. A carta deve conter o nome, endereço e número de telefone do reclamante e uma descrição por escrito da suposta ação discriminatória em detalhes suficientes para informar o Secretário Adjunto de Direitos Civis (ASCR) sobre a natureza e data de uma suposta violação dos direitos civis. O formulário AD-3027 preenchido ou carta deve ser enviado ao USDA por:

1. **correio**:
   Food and Nutrition Service, USDA
   1320 Braddock Place, Room 334
   Alexandria, VA 22314; ou

2. **fax**:
   (833)-256-1665 ou (202)-690-7442; ou

3. **e-mail**:
   FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

Esta instituição é uma provedora de serviços de igualdade de oportunidades.

Transitional Aid to Families with Dependent Children (TAFDC) e Emergency Aid to the Elderly, Disabled, and Children (EAEDC)

O TAFDC e o EAEDC são programas de auxílio financeiro. Para saber mais e solicitar, acesse DTAConnect.com ou ligue para o seu escritório local do DTA. Estas informações só se aplicam aos domicílios que estão solicitando ou já recebem o TAFDC ou o EAEDC.

Quando eu preciso informar o DTA sobre mudanças no meu domicílio?
Preciso informar o DTA sobre mudanças que podem afetar o meu TAFDC ou EAEDC (benefícios financeiros) **dentro de 10 dias,** incluindo quaisquer mudanças no meu endereço, as pessoas com quem eu vivo, tamanho da família, início ou fim de emprego, plano de saúde e alterações na minha renda superiores a US$ 100 mensais. Não preciso informar o DTA caso haja mudanças em minha renda inferiores a US$ 100 mensais.

Como eu consigo um plano de saúde?

- Se eu receber o TAFDC ou o EAEDC, eu também receberei o MassHealth.
- Se o meu TAFDC/EAEDC ou os meus benefícios forem interrompidos, eu preciso solicitar o MassHealth separadamente. Para solicitar o MassHealth , ligue para 800-841-2900.

Se eu receber o MassHealth, concordo que o MassHealth colete:

- dinheiro devido a mim de outra fonte para as minhas despesas médicas, e
- suporte médico do pai ausente de qualquer criança com menos de 19 anos que receba os benefícios MassHealth.

Há regras especiais se eu for elegível apenas por causa de um acidente ou lesão?
Se a minha família recebe benefícios da MassHealth ou DTA por causa de um acidente ou lesão, eu devo usarqualquer valor que eu receber pelo acidente ou lesão para ressarci-los. O valor pode vir de uma apólice de seguros, um acordo ou qualquer outra fonte. Isso se aplica mesmo que eu ainda não saiba quais são as possíveisfontes dodinheiro.

Eu concordo em cooperar com a MassHealth e o DTA para:

- Registrar pedidos de dinheiro de outras fontes.
- Avisar a MassHealthe o DTA imediatamente sobrequalquer solicitações de seguro, ação judicial ou outros processospara obter dinheiro.
- Prestar novas informações à MassHealth e ao DTA assim que eu recebê-las.

Se eu não cooperar, a MassHealth e o DTA poderão interromper ou negar os meus benefícios. Eu concordo que a MassHealth e o DTA podem:

- Compartilhar informações sobre os meus benefícios para coletar dinheiro e reembolsar

acidentes ou lesões, tais como os registros do Department of Industrial Accidents.

Se eu estiver recebendo o EAEDC porque tenho uma deficiência ou tenho mais de 65 anos, tenho que solicitar os benefícios do Supplemental Security Income (SSI). Se eu tiver sido aprovado para os benefícios SSI que cobrem o mesmo período do EAEDC, a the Social Security Administration irá enviar uma parcela do meu SSI retroativo ao DTA para reembolsar o EAEDC.

Notificação importante sobre questões legais e os seus benefícios
A Intentional Program Violation (IPV) ocorre quando, intencionalmente, a pessoa presta informações falsas ou errôneas ou oculta fatos, oralmente ou por escrito, para receber os benefícios TAFDC, EAEDC ou outros benefícios para o qual ela não é elegível.

Se eu for considerado culpado de uma IPV pela corte ou por uma audiência administrativa de desqualificação, eu serei desqualificado dos benefícios TAFDC ou EAEDC por um período de:

- 6 meses na primeira violação
- 12 meses na segunda violação
- para sempre na terceira violação

Além disso, outras leis podem ser aplicáveis.

Proibições de compra com o cartão EBT
Entendo que é ilegal usar os fundos TAFDC ou EAEDC de um Electronic Benefit Transfer (EBT) para pagar os seguintes itens: bebidas alcoólicas, tabaco, tíquetes de loteria, material ou performance de conteúdo adulto, jogos de azar, armas de fogo, munição, serviços de lazer, tatuagens, piercings, joias, televisões, aparelhos de som, games, consoles de videogame, produtos à base de marijuana,custas judiciais, multas ou fianças.

Locais onde é proibido usar o meu cartão EBT
Entendo que é ilegal usar os fundos TAFDC ou EAEDC de um Electronic Benefit Transfer (EBT)nos seguintes locais: livrarias de conteúdo adulto, lojas ou casas de show de conteúdo adulto, lojas de munição, cassinos, casas de jogos de azar, navios de cruzeiro, vendedores de armas de fogo, joalherias, lojas de bebidas, salões de beleza e manicure, agências de envio de dinheiro para outros países, lojas que vendem marijuana e estúdios de tatuagem.

Penalidade por compras proibidas com os fundos do cartão EBT

- **Primeira violação:** Terei que reembolsar o DTA com o valor gasto.
- **Segunda violação:** Terei que reembolsar o DTA com o valor gasto e perderei os benefícios por **dois meses**.
- **Terceira violação:** terei que reembolsar o DTA com o valor gasto e perderei os benefícios **permanentemente**.

ASSINATURA:

Ao assinar este formulário, certifico que entendo e concordo com os "Direitos, responsabilidades e penalidades."

Assinatura do requerente: _____

Data: _____