

Massachusetts Solicitação de benefícios do SNAP



Como solicitar os benefícios do SNAP?

- Faça upload no [DTA Connect](#)
- Envie um fax para **617-887-8765**
- Envie por correio ao **DTA Document Processing Center P.O. Box 4406 Taunton, MA 02780-0420**
- Digitalize em um escritório local do **DTA**

Sobrenome:		Nome:		Segundo nome:	
Endereço residencial:		Cidade, estado, código postal:			
Endereço para correspondência física (se diferente):		Cidade, estado, código postal:			
Número de telefone:		Você está em situação de rua? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
<p>O DTA pode enviar mensagens de texto com datas de vencimento, informações do processo, horário de escritórios e outras informações importantes. Sua operadora poderá cobrar tarifas referentes a mensagens e uso de dados.</p> <p>Se você não quiser receber mensagens de texto do DTA, assinale este quadrado: <input type="checkbox"/></p>					
Ao assinar, declaro que:					
<ul style="list-style-type: none">• Li este formulário por completo (ou ele foi lido para mim em um idioma que eu entendo), inclusive a seção sobre direitos e responsabilidades, e entendo que devo cumprir essas regras;• As informações aqui fornecidas estão completas e são verdadeiras;• Se fornecer intencionalmente informações falsas ou incompletas, posso ser preso ou ter que pagar multas;• O DTA e outras autoridades federais, estaduais e locais podem verificar as informações que forneci.					
Assinatura:			Data:		

- Sua inscrição será aceita se ela contiver seu nome, endereço (se houver) e assinatura.
- Caso aprovada, você receberá os benefícios do SNAP retroativamente a partir da data em que o DTA recebeu sua inscrição.
- Faça uma entrevista por telefone – basta ligar para 1-877-382-2363 entre as 8:15 AM e 4:45 PM, de segunda a sexta-feira.

Você poderá começar a receber os benefícios do SNAP dentro de sete dias se:

- A soma da sua renda e saldo bancário for inferior às suas despesas mensais com habitação; ou
- Sua renda mensal for inferior a \$150 e você tiver \$100 ou menos no banco; ou
- Você for um trabalhador migrante e o saldo da sua conta bancária for \$100 ou menos.

Você tem um cartão EBT (Electronic Benefit Transfer, ou transferência eletrônica de benefícios) do estado de Massachusetts? Sim Não

Os cartões de EBT continuam funcionando para casos já encerrados que forem reabertos. Se você não tiver um cartão EBT, podemos criar o seu cartão em uma agência local ou enviá-lo por correio. Você pode obter o seu cartão EBT antes mesmo da decisão sobre sua qualificação, assim poderá começar a usar seus benefícios assim que estiverem disponíveis, caso você se qualifique. Quando receber o cartão de EBT, você também receberá mais informações sobre como utilizá-lo.



Se você precisar de ajuda por causa de uma deficiência, podemos oferecer acomodações para facilitar sua interação conosco. Ligue para o número 1-877-382-2363 para solicitar acomodações.



Você é uma pessoa com deficiência?

- | | |
|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Física | <input type="checkbox"/> Intelectual/cognitiva |
| <input type="checkbox"/> Auditiva | <input type="checkbox"/> Emocional/saúde mental |
| <input type="checkbox"/> Visual | <input type="checkbox"/> Outro: |

Se sim, assinale que tipo(s) de deficiência você tem:

Que método de comunicação você prefere?

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Pessoalmente | <input type="checkbox"/> VRS
(serviço de retransmissão de vídeo) |
| <input type="checkbox"/> Telefone | Número de telefone para VRS:
_____ |

Sua deficiência foi comprovada pelo estado de Massachusetts?

- Sim Não

Informações sobre você

Número da previdência social
(Social Security):

Data de nascimento:

Gênero:

Masculino

Feminino

Você está grávida?

Sim Não

Você é cidadão dos EUA? Sim Não

Em que idioma você prefere
se comunicar?

OBSERVAÇÃO: Nãocidadãos que não estiverem se inscrevendo no SNAP não precisam fornecer o número da previdência social ou identificar sua situação imigratória.

Qual é a sua raça?*

Preto ou afrodescendente

Índio americano ou nativo do Alaska

Caucasiano / branco

Asiático

Nativo do Hawaii ou de outra ilha do
Pacífico

Qual é a sua etnia?*

Hispânico ou latino

Não hispânico ou latino

* A sua resposta não afetará a sua qualificação. Fazemos essas perguntas para garantir que todos sejam tratados de maneira justa, independentemente de raça, cor ou nacionalidade. Deixe os campos em branco se preferir não responder.

Membros da família

Outras pessoas moram com você? Sim Não

Se **sim**, preencha a seção abaixo. Inclua apenas filhos com menos de 22 anos, seu cônjuge e/ou outras pessoas que comprem e preparam a maioria das refeições com você. Nãocidadãos que não estiverem se inscrevendo no SNAP não precisam fornecer o número da previdência social ou identificar sua situação imigratória.

<u>Nome</u>	<u>Data de nascimento</u>	<u>Número da previdência social (Social Security):</u>	<u>Relação:</u>	<u>Essa pessoa é cidadã dos EUA?</u>	<u>Essa pessoa está solicitando benefícios do SNAP?</u>
				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Renda

Alguém da sua família trabalhou nos últimos 60 dias? Sim Não

Se **sim**, preencha a seção abaixo:

<u>Pessoa com renda</u>	<u>Tipo de renda</u>	<u>Empregador</u>	<u>Frequência</u>	<u>Renda bruta nas últimas 4 semanas</u>
	<input type="checkbox"/> Salário <input type="checkbox"/> Trabalho autônomo <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quinzenal <input type="checkbox"/> Outro:	
	<input type="checkbox"/> Salário <input type="checkbox"/> Trabalho autônomo <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quinzenal <input type="checkbox"/> Outro:	
	<input type="checkbox"/> Salário <input type="checkbox"/> Trabalho autônomo <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quinzenal <input type="checkbox"/> Outro:	

Outra renda

Alguém da sua família recebe **outro tipo de renda**, como seguro-desemprego, pensão alimentícia, previdência social, renda suplementar (SSI), compensação por acidente de trabalho, benefício para veteranos, aposentadoria ou rendimento proveniente de aluguel? Sim Não

Se **sim**, preencha a seção abaixo:

<u>Pessoa com renda</u>	<u>Tipo de renda</u>	<u>Frequência</u>	<u>Montante bruto</u>
		<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quinzenal <input type="checkbox"/> Mensal <input type="checkbox"/> Outro:	
		<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quinzenal <input type="checkbox"/> Mensal <input type="checkbox"/> Outro:	
		<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quinzenal <input type="checkbox"/> Mensal <input type="checkbox"/> Outro:	

Custos de moradia

A família é responsável pelo pagamento de custos de moradia? Sim Não

Se **sim**, preencha a seção abaixo:

Tipo:	Valor:	Frequência:				
<input type="checkbox"/> Aluguel	\$ _____	<input type="checkbox"/> Mensal	<input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> Trimestral	<input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> Outro:
<input type="checkbox"/> Hipoteca	\$ _____	<input type="checkbox"/> Mensal	<input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> Trimestral	<input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> Outro:
<input type="checkbox"/> Impostos sobre bem imóvel*	\$ _____	<input type="checkbox"/> Mensal	<input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> Trimestral	<input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> Outro:
<input type="checkbox"/> Seguro residencial*	\$ _____	<input type="checkbox"/> Mensal	<input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> Trimestral	<input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> Outro:
<input type="checkbox"/> Taxa do condomínio	\$ _____	<input type="checkbox"/> Mensal	<input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> Trimestral	<input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> Outro:
<input type="checkbox"/> Outro:	\$ _____	<input type="checkbox"/> Mensal	<input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> Trimestral	<input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> Outro:

* Deixe em branco os campos referentes a impostos sobre bem imóvel e seguro residencial se esses valores estiverem incluídos no pagamento da hipoteca.

Despesas com serviços públicos

A família é responsável pelo pagamento de serviços públicos **não incluídos** nos custos de moradia?

Sim Não

Se **sim**, preencha a seção abaixo:

<input type="checkbox"/> Aquecimento (petróleo, gás natural, eletricidade ou gás propano etc.)	<input type="checkbox"/> Eletricidade e/ou gás (exceto para aquecimento); água; esgoto; e/ou coleta de lixo
<input type="checkbox"/> Energia elétrica para ar condicionado no verão	
<input type="checkbox"/> Taxa de uso do ar condicionado no verão	<input type="checkbox"/> Telefone ou serviço de telefonia celular (inclusive plano pré-pago)

Despesas com cuidados de dependentes

Alguém da sua família é responsável pelos custos associados aos cuidados de adultos ou crianças?

Sim Não

Se **sim**, preencha a seção abaixo:

<u>Nome do filho ou dependente</u>	<u>Valor pago</u>	<u>Frequência</u>			
_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> Quinzenal	<input type="checkbox"/> Mensal	<input type="checkbox"/> Outro:
_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> Quinzenal	<input type="checkbox"/> Mensal	<input type="checkbox"/> Outro:
_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> Quinzenal	<input type="checkbox"/> Mensal	<input type="checkbox"/> Outro:
_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> Quinzenal	<input type="checkbox"/> Mensal	<input type="checkbox"/> Outro:

Algun membro da família se desloca a um provedor de cuidados para dependentes? Sim Não

Se **sim**, preencha a seção abaixo:

<u>Nome do dependente</u>	<u>Endereço do prestador de cuidados</u>	<u>Quantidade de viagens de carro por semana</u>		<u>Caso não dirija: custo do transporte público, táxi, traslado, etc.</u>
		<u>PARA</u>	<u>DE</u>	

Despesas médicas

Algum membro com 60 anos ou mais e/ou portador de deficiência tem **despesas médicas diretas (do próprio bolso)**?

Sim Não

Se **sim**, preencha a seção abaixo:

<u>Nome</u>	<u>Tipo de despesa</u>		<u>Custo total por mês</u>
_____	<input type="checkbox"/> Atendimento médico <input type="checkbox"/> Atendimento odontológico <input type="checkbox"/> Medicamentos	<input type="checkbox"/> Plano de saúde <input type="checkbox"/> Outro (remédios sem receita, suprimentos médicos, etc.)	_____
_____	<input type="checkbox"/> Atendimento médico <input type="checkbox"/> Atendimento odontológico <input type="checkbox"/> Medicamentos	<input type="checkbox"/> Plano de saúde <input type="checkbox"/> Outro (remédios sem receita, suprimentos médicos, etc.)	_____
_____	<input type="checkbox"/> Atendimento médico <input type="checkbox"/> Atendimento odontológico <input type="checkbox"/> Medicamentos	<input type="checkbox"/> Plano de saúde <input type="checkbox"/> Outro (remédios sem receita, suprimentos médicos, etc.)	_____

OBSERVAÇÃO: Você poderá receber crédito pelas despesas que tem a responsabilidade de pagar, mesmo que as contas estejam atrasadas ou que você não consiga pagá-las. Despesas médicas incluem co-pagamentos, medicamentos, remédios sem receita, plano de saúde, contas médicas, transporte e mais.

Algum membro da família se desloca para receber atendimento médico (por exemplo, à farmácia, médico, terapeuta, etc.)?

Sim Não

Se **sim**, preencha a seção abaixo:

<u>Nome</u>	<u>Endereço do provedor de atendimento médico</u>	<u>Quantidade de viagens de carro por semana</u>		<u>Valor do estacionamento, transporte público, táxi, traslado, etc.</u>
		<u>PARA</u>	<u>DE</u>	

Programa de trabalho SNAP

Algum membro da sua família participa de um programa de capacitação pelo menos por 80 horas mensais?

Sim Não

Se **sim**, quem?

Algum membro da sua família está trabalhando em troca de produtos e serviços (pagamento em espécie)?

Sim Não

Se **sim**, quem?

Algum membro da sua família está fazendo um estágio não remunerado?

Sim Não

Se **sim**, quem?

Algum membro da sua família está fazendo trabalho voluntário?

Sim Não

Se **sim**, quem?

SNAP em outro estado

Algum membro da sua família recebeu o benefício do SNAP em outro estado (fora de Massachusetts) nos últimos 30 dias?

Sim Não

Se **sim**, quem? _____

Assistência com a inscrição

Você gostaria de nos dar permissão para entrar em contato com uma pessoa ou agência se não conseguirmos entrar em contato com você por telefone?*

Sim Não

Se **sim**, preencha a seção abaixo:

Nome da pessoa ou agência: _____

Número de telefone: _____

Endereço: _____

* Chamamos a essa função de pessoa ou agência auxiliar, e só é válida durante o período de inscrição.

Autorização para divulgar informações

Deseja dar permissão a uma pessoa ou agência para falar com o DTA e obter informações confidenciais relevantes sobre o seu caso?*

Sim Não

Se **sim**, preencha a seção abaixo:

Nome da pessoa ou agência: _____

Número de telefone: _____

Endereço: _____

* A pessoa ou agência nessa função não pode indicar mudanças ou fazer entrevistas. A permissão tem validade de um ano.

Representante autorizado para certificação

Deseja dar a uma agência ou alguém de sua confiança permissão para assinar formulários, indicar alterações, fazer entrevistas e falar sobre seu caso conosco?*

Sim Não

Se **sim**, preencha a seção abaixo:

Nome da pessoa ou agência: _____

Número de telefone: _____

Número EIN de identificação do empregador federal (somente para agências): _____

* Permissão válida até seu cancelamento.

Representante autorizado para transações com o EBT

Deseja dar a uma pessoa de sua confiança permissão para receber um cartão EBT para que essa pessoa compre alimentos para você usando seus benefícios do SNAP?

Sim Não

Se **sim**, preencha a seção abaixo:

Nome da pessoa: _____

Número de telefone: _____





Endereço: _____

* É necessário um comprovante de identidade antes da emissão do cartão. Permissão válida até seu cancelamento.

- Se você precisar cancelar o cartão EBT de um representante autorizado, ligue para o número 1-800-997-2555.
- Se quiser cancelar uma das funções acima, ligue para 1-877-382-2363.

E agora?

Guarde as páginas a seguir para referência futura.

			
Telefonema	Envio de comprovantes	Benefício do SNAP	Conecte-se
Entraremos em contato por telefone para fazer uma entrevista. Se não conseguirmos entrar em contato com você, enviaremos uma carta para agendar uma entrevista por telefone. Você também pode ligar para o número 1-877-382-2363, de segunda a sexta-feira, das 8h15 às 16h45, para fazer sua entrevista.	Se necessário, ofereceremos uma lista de documentos que você deve enviar para comprovar sua qualificação. Os documentos devem ser enviados dentro de 30 dias a partir da data da sua solicitação. Entre em contato conosco se precisar de ajuda!	Enviaremos uma carta com a decisão dentro de 30 dias. Caso seja aprovado, o benefício será depositado no seu cartão EBT. Se não for aprovado, explicaremos o motivo.	Acesse DTACconnect.com, use o aplicativo móvel DTA Connect ou entre em contato com a central de atendimento do DTA pelo número 1-877-382-2363 para verificar a situação do seu processo, atualizar dados, subir documentos e muito mais!

Se desejar obter mais informações ou precisar de ajuda, ligue para o número **1-877-382-2363** ou acesse o site Mass.gov/DTA.

RECURSOS ADICIONAIS

SNAP Path to Work: Encontre oportunidades de emprego e descubra provedores de capacitação no site SNAPpathtowork.org . Observação: Este serviço está disponível apenas para beneficiários do programa SNAP.	SNAP-Ed: Acesse o site do programa SNAP Nutrition Education, que oferece informações sobre nutrição, no endereço MAhealthyfoodsinasnap.org , para conferir receitas saudáveis, dicas de cozinha e formas de manter sua família ativa!
Massachusetts 2-1-1: Disque 211 para localizar programas de saúde e serviços humanos na sua região.	Project Bread: Ligue para 1-800-645-8333, a central de informações do Project Bread, e saiba onde encontrar fontes locais de alimentos.

OPÇÕES DE VERIFICAÇÃO

- Use a lista abaixo para enviar os comprovantes necessários com o seu formulário de solicitação. Isso permite processar seu pedido mais rapidamente.
- Se você não tiver todos os comprovantes necessários, NÃO espere para enviar seu pedido! Os documentos podem ser enviados mais tarde.
- Para mais informações, acesse [Mass.gov/SNAPverifications](https://www.mass.gov/SNAPverifications).

Se algum membro da sua família recebeu renda, envie um comprovante da renda bruta (sem considerar impostos) das últimas quatro semanas, como:

- Recibo de pagamento ou holerite
- Comprovante de qualquer pagamento recebido e horas trabalhadas
- No caso de trabalhadores autônomos, documentos que demonstrem a renda e as despesas comerciais, como:
 - Schedule C (formulário 1040 do IRS)
 - Formulário 1099 do IRS ou outro comprovante de pagamento de impostos
 - Outros documentos, como faturas, contas ou recibos que demonstrem sua renda e/ou despesas comerciais

Se algum membro da sua família houver recebido renda não proveniente de trabalho, envie um comprovante do valor mensal, como:

- Carta do benefício ou prêmio
- Declaração da agência responsável pelos pagamentos

OBSERVAÇÃO: Geralmente, nós mesmos temos a capacidade de verificar o valor recebido da previdência social, renda suplementar (SSI), pensão alimentícia DOR ou seguro-desemprego no estado de Massachusetts. Nós avisaremos você caso seja necessário comprovar algum desses itens.

Para comprovar residência em Massachusetts, você pode enviar um dos seguintes comprovantes:

- Recibo de pagamento de aluguel, contrato de locação ou formulário de verificação do locador
- Escritura ou declaração de hipoteca, conta de serviço público ou cartão de eleitor
- Formulário de verificação de moradia compartilhada ou declaração de alguém com quem você mora

Se algum membro da sua família estiver pagando pensão alimentícia, envie:

- Comprovante da obrigação legal de pagar pensão alimentícia (por exemplo, ordem judicial) e
- Comprovantes de pagamento recentes

Se algum membro da sua família não for cidadão dos EUA e estiver solicitando o benefício, envie um comprovante da condição atual de não cidadão:

- Cartão de residência permanente (“green card”)
- Cartão de autorização de trabalho
- Cartão de residência temporária
- Registro de chegada e partida (I-94)
- Carimbo no passaporte
- Outro documento que comprove a situação imigratória atual ou pendente
- Declaração de um advogado de imigração sobre a condição atual ou pendente

Se algum membro da sua família for idoso e/ou portador de deficiência e tiver despesas médicas de, pelo menos, \$35 por mês, envie um comprovante das despesas (por exemplo, contas, faturas ou recibos). Algumas despesas com transporte por razões médicas podem ser declaradas por você mesmo.

Departamento de Assistência Transitória (DTA) Notificação de direitos, responsabilidades e penalidades

- Esta notificação lista os direitos e as responsabilidades para todos os programas do DTA. Você deve seguir as regras dos programas para os quais se inscreve.
- Leia estas páginas e guarde-as em seus registros.
- Em caso de dúvidas, informe o DTA.

Juro, sob pena de perjúrio, que:

- Li as informações contidas neste formulário, ou alguém leu essas informações para mim.
- Minhas respostas neste formulário são verdadeiras e completas, de acordo com o meu conhecimento.
- Fornecerei ao DTA informações verdadeiras e completas, de acordo com o meu conhecimento, durante a minha entrevista e em qualquer evento futuro.

Entendo que:

- fornecer informações falsas ou enganosas é fraude;
- deturpar ou omitir fatos para obter benefícios do DTA é fraude;
- fraude é considerada uma Violação Intencional do Programa (IPV); e
- se o DTA achar que cometi fraude, poderá entrar com processo civil e criminal contra mim.

Também entendo que:

- O DTA verificará as informações que eu fornecer em minha solicitação. Caso qualquer informação fornecida seja falsa, o DTA poderá negar meus benefícios.
- Também estarei sujeito(a) a processo criminal por fornecer informações falsas.
- Se o DTA obtiver informações de uma fonte confiável sobre uma mudança em minha família, o valor do meu benefício poderá mudar.
- Ao assinar este formulário, autorizo o DTA a verificar a minha elegibilidade aos benefícios, incluindo:
 - Obter informações de outros órgãos estaduais ou federais, autoridades locais de habitação, departamentos de assistência social fora do estado, instituições financeiras e Equifax Workforce Solutions (the Work Number). Também autorizo esses órgãos a compartilhar informações sobre a elegibilidade da minha família aos benefícios do DTA.
 - Se o DTA usar as informações do Equifax para averiguar a minha renda familiar, tenho o direito de receber uma cópia gratuita do relatório da Equifax, caso solicite dentro de 60 dias contados a partir da data da decisão do DTA. Tenho direito de contestar as informações contidas no relatório. Poderei contatar a Equifax no endereço: Equifax Workforce Solutions, 11432 Lackland Road, St. Louis, MO 63146, ou ligando para 1-800-996-7566 (ligação gratuita).
- Tenho direito de receber uma cópia da minha solicitação, incluindo as informações que o DTA utiliza para decidir sobre a elegibilidade da minha família e o valor do benefício. Posso solicitar ao DTA uma cópia eletrônica da solicitação preenchida.

Como o DTA usará as minhas informações?

Ao assinar abaixo, autorizo o DTA a coletar e compartilhar informações sobre mim e os membros da minha família com:

- Bancos, escolas, governo, empregadores, senhorios, empresas e órgãos de serviços públicos para verificar a minha elegibilidade aos benefícios.
- Empresas de fornecimento de energia elétrica, gás e telefonia para que eu possa obter descontos. As empresas não podem compartilhar ou usar minhas informações para qualquer outra finalidade.
- O Departamento de Habitação e Desenvolvimento da Comunidade, para que eu possa me inscrever no Programa Heat & Eat (Alimentação e Aquecimento). Este programa ajuda as pessoas a desfrutarem ao máximo dos seus benefícios SNAP.
- O Departamento de Educação Infantil e Secundária, para que meus filhos possam receber merendas gratuitas.
- O Programa Mulheres, Bebês e Crianças (WIC), para que qualquer criança menor de 5 anos ou gestantes em minha família possam obter o benefício WIC.
- O Serviço de Cidadania e Imigração dos Estados Unidos (USCIS), para verificar meu status migratório. As informações do USCIS podem afetar a elegibilidade da minha família e o valor dos benefícios do DTA.

Nota: Mesmo que você não seja elegível aos benefícios do DTA devido ao status migratório, o DTA não denunciará você às autoridades de imigração a menos que você apresente ao DTA uma sentença final de deportação.

- A Receita Federal (DOR), para verificar minha elegibilidade para receber créditos fiscais baseados na renda — como renda auferida e renda limitada — e para ver se sou elegível ao status de “Isenção de impostos” ou pobreza.
- O Departamento de Crianças e Famílias (DCF), para coordenar os serviços oferecidos em conjunto pelo DTA e DCF.

Como o DTA usa os dados do seguro social (SSNs)?

De acordo com a Lei de Alimentos e Nutrição de 2008 (7 U.S.C. 2011-2036) e nos termos do M.G.L.c. 18 Seção 33 do TAFDC e EAEDC, o DTA tem permissão para solicitar SSNs para o benefício SNAP. O DTA usa os SSNs para:

- Verificar a identidade e elegibilidade de cada membro da família que estiver se inscrevendo, por meio de programas de correspondência de dados.
- Monitorar a conformidade com as regras do programa.
- Receber dinheiro, se o DTA alegar que recebeu benefícios para os quais não era elegível.
- Ajudar as agências de aplicação da lei a pegar os fugitivos da lei.

Entendo que não preciso informar ao DTA o SSN de nenhum membro da família que não seja cidadão americano, incluindo eu mesmo(a), e que não esteja solicitando benefícios. A renda de um membro que não é cidadão americano pode ser levada em consideração, mesmo que esse membro não obtenha os benefícios.

Direito a um intérprete

Entendo que:

- Tenho direito aos serviços gratuitos de um intérprete profissional, oferecido pelo DTA, caso prefira me comunicar em outro idioma diferente do inglês.
- Se tiver uma audiência do DTA marcada, posso pedir para que o DTA providencie, sem custo, um intérprete profissional ou, se eu preferir, posso trazer alguém para ser meu intérprete. Se eu precisar que o DTA providencie um intérprete profissional para minha audiência, devo ligar para o Departamento de Audiências com pelo menos uma semana de antecedência à data da audiência.

Direito ao registro eleitoral

Entendo que:

- Tenho o direito de fazer meu registro eleitoral através do DTA.
- Se precisar de ajuda, o DTA me ajudará a preencher o formulário de registro de eleitor.
- Posso preencher meu formulário de registro de eleitor de forma privada.
- O fato de optar por fazer ou não o meu registro de eleitor não afetará meus benefícios do DTA.

Oportunidades de emprego

Concordo que o DTA poderá compartilhar meu nome e minhas informações de contato com agências de emprego e treinamento, incluindo:

- Provedores SNAP Path Work ou especialistas do DTA para clientes SNAP; e
- Contracted Employment and Training (agências de emprego e treinamento por contrato) ou Full Engagement Workers (funcionários contratados em período integral) para clientes TAFDC.

Os clientes SNAP podem, voluntariamente, participar de serviços de formação e treinamento profissional através do programa SNAP Path to Work.

Status de cidadania

Juro que todos os membros da minha família que se candidatam aos benefícios do DTA são cidadãos dos EUA ou residentes legais no país.

Programa de Assistência Nutricional Suplementar

Entendo que:

- O DTA administra o programa SNAP em Massachusetts.
- Após me candidatar aos benefícios do DTA (por telefone, pela internet, de forma presencial, via fax ou correio), o DTA tem 30 dias contados a partir da data do recebimento da minha solicitação para decidir se sou elegível.
 - Caso seja elegível a receber o SNAP emergencial, o DTA precisa fornecer o SNAP e se certificar de que eu receba o cartão EBT (Transferência Eletrônica de Benefícios) dentro de 7 dias contados a partir da data de recebimento da minha solicitação.
 - Tenho o direito de falar com um supervisor do DTA se:
 - O DTA afirmar que não sou elegível aos benefícios do SNAP emergencial e eu discordar da decisão.
 - Eu for elegível aos benefícios do SNAP emergencial, mas não tiver acesso a esses benefícios até 7 dias após a data de solicitação do SNAP.
 - Se eu for elegível aos benefícios do SNAP emergencial, mas não receber meu cartão EBT em até 7 dias após ter solicitado o SNAP.
- Quando obtenho os benefícios SNAP, tenho que cumprir certas regras. Após ser aprovado(a) para o SNAP, o DTA me entregará uma cópia do livreto "Your Right to Know" (Seu direito de saber) e do livreto sobre o programa SNAP. Eu me comprometo a ler os livretos ou a solicitar que alguém os leia para mim. Em caso de dúvidas, ou se eu precisar de ajuda para ler ou compreender essas informações, posso ligar para o DTA no número 1-877-382-2363.

- **Informar ao DTA sobre mudanças em minha família:**

- Se a minha família se enquadra no SNAP Simplified Reporting (um sistema simplificado de fornecimento de informações), eu não preciso informar ao DTA a maioria das mudanças até o momento do Interim Report (também conhecido como “relatório provisório”) ou a recertificação. As únicas coisas que preciso relatar o quanto antes são:
 - Se a minha renda familiar ultrapassar o limite da renda bruta (listada na minha notificação de aprovação).
 - Essa informação deverá ser relatada até o 10º dia do mês seguinte àquele em que a minha renda ultrapassou o limite.
 - Se eu me enquadrar nos requisitos de trabalho de adulto fisicamente capaz sem dependentes (ABAWD, ou Able-Bodied Adult Without Dependents) e as minhas horas de trabalho forem reduzidas para menos de 20 horas semanais.
- Se todos em minha família tiverem 60 anos ou mais, forem deficientes ou menores de 18 anos, e não recebem salário, as únicas coisas que preciso relatar são:
 - Se alguém começar a trabalhar; ou
 - Se alguém passar a morar comigo ou sair da minha casa.
 - Essas mudanças deverão ser relatadas até o 10º dia do mês seguinte àquele em que ocorreu a mudança.
- Se eu obtiver o SNAP através do Transitional Benefits Alternative (TBA, a alternativa para benefícios transicionais) devido a interrupção do meu TAFDC, não precisarei informar quaisquer mudanças ao DTA nos 5 meses em que obtiver o TBA.
- Se eu obtiver o SNAP através do Bay State CAP, não precisarei relatar nenhuma mudança ao DTA.

Caso eu ou qualquer membro da minha família obtenha auxílio financeiro (TAFDC ou EAEDC), precisarei reportar algumas mudanças ao DTA dentro do prazo de 10 dias após a mudança. Consulte **Quando preciso informar ao DTA sobre as mudanças em minha família?** nas seções **Auxílio de transição para famílias com filhos dependentes (TAFDC)** e **Auxílio de emergência a idosos, portadores de deficiência e crianças (EAEDC)** abaixo.

Posso obter mais benefícios SNAP se relatar e fornecer ao DTA, a qualquer momento, evidências sobre o seguinte:

- Despesas com cuidados infantis ou outros dependentes, abrigo e/ou serviços públicos;
- Pensão alimentícia que eu (ou alguém da minha família) é legalmente obrigado a pagar a um membro que não faz parte da família; e
- Despesas médicas dos membros da minha família, incluindo eu, com 60 anos ou mais ou portadores de deficiência.

Regras de trabalho para clientes SNAP: Se você recebe benefícios SNAP e tem entre 16 e 59 anos, terá que cumprir com as regras gerais de trabalho do SNAP ou ABAWD — a menos que seja isento(a). O DTA informará se eu ou os membros da minha família precisaremos cumprir com quaisquer regras de trabalho, quais são as isenções, e o que acontecerá caso as regras não sejam cumpridas.

Se você está sob as Regras de trabalho do SNAP:

- 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 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 forneça informações falsas ou oculte informações para obter os benefícios SNAP.
- Não troque ou venda os benefícios SNAP.
- Não altere os cartões EBT para receber benefícios SNAP dos quais não é elegível.
- Não use os benefícios SNAP para comprar itens não elegíveis, como bebidas alcoólicas ou tabaco.
- Não use os benefícios SNAP ou o cartão EBT de outra pessoa, a menos que seja o representante autorizado dessa pessoa ou que o destinatário do benefício tenha autorizado você a usar o cartão em seu nome.

Avisos de penalidade do SNAP

Entendo que se eu ou qualquer membro da minha família SNAP intencionalmente violar qualquer uma das regras listadas acima, essa pessoa não será elegível a receber o SNAP por *um ano* após a primeira violação, *dois anos* após a segunda violação e *perpetuamente* após a terceira violação. Essa pessoa também poderá ser multada em até US\$ 250.000, estar sujeita a até 20 anos de prisão ou ambos. Também pode estar sujeita a processos judiciais de acordo com as leis federais e estaduais.

Declaro que também entendo as seguintes penalidades. Se eu ou um membro de minha família SNAP:

- Cometer uma IPV (Violação Intencional do Programa) do **programa de auxílio financeiro**, seremos inelegíveis ao SNAP pelo mesmo período de inelegibilidade ao auxílio financeiro.
- Fizer uma declaração fraudulenta de identidade ou residência para obter vários benefícios do SNAP *ao mesmo tempo*, seremos inelegíveis ao SNAP por **dez anos**.
- Trocar (comprar ou vender) benefícios do SNAP por uma substância controlada/drogas ilegais, seremos inelegíveis ao SNAP por **dois anos** na primeira incidência, e **permanentemente** na segunda incidência.
- Trocar (comprar ou vender) benefícios do SNAP por armas de fogo, munições ou explosivos, seremos inelegíveis ao SNAP **permanentemente**.
- Fizer uma oferta para vender benefícios do SNAP ou um cartão EBT online ou pessoalmente, o Estado pode reivindicar uma IPV contra o autor da oferta.
- Pagar por alimentos comprados a crédito, seremos inelegíveis ao SNAP.
- Comprar produtos usando os benefícios do SNAP com a intenção de descartar o conteúdo e retornar as embalagens em troca de dinheiro, seremos inelegíveis ao SNAP.
- Fugir para evitar acusação, custódia ou confinamento após a condenação por um crime, seremos inelegíveis ao SNAP.
- Violar uma condicional ou período probatório, e estiver sendo ativamente procurado pelas autoridades para receber voz de prisão, seremos inelegíveis ao SNAP.

Qualquer pessoa condenada por um crime após 7 de fevereiro de 2014 não será elegível aos benefícios do SNAP se for um fugitivo da polícia ou se estiver violando uma condicional ou um período probatório (de acordo com a 7 CFR §273.11(n)) e tiver sido condenada como adulto por:

1. Abuso sexual agravado, nos termos da seção 2241, título 18 do U.S.C. (Código de Leis dos Estados Unidos);
2. Assassinato, nos termos da seção 1111, título 18 do U.S.C. (Código de Leis dos Estados Unidos);
3. Qualquer crime nos termos do capítulo 110, título 18 do U.S.C. (Código de Leis dos Estados Unidos);
4. Um crime federal ou estadual envolvendo abuso sexual, conforme definido na seção 40002(a) do VAWA de 1994 (42 U.S.C. 13925a); ou
5. Infração ao abrigo da lei estadual determinada pelo Procurador-Geral como substancialmente semelhante a um crime descrito nesta lista.

Declaração de não-discriminação

De acordo com as leis civis federais e os regulamentos civis e políticas do Departamento de Agricultura dos Estados Unidos (USDA), suas agências, escritórios, funcionários e instituições que participam ou administram programas do USDA estão proibidos de exercer discriminação com base em raça, cor, nacionalidade, sexo, religião, deficiência, idade, crenças políticas, ou represálias ou retaliações por atividades anteriores de direitos civis, em qualquer programa ou atividade conduzida ou financiada pelo USDA.

Pessoas com deficiências que requerem meios alternativos de comunicação para informações sobre o programa (por exemplo, braile, letras grandes, áudio, língua americana de sinais etc.) devem entrar em contato com a agência (estadual ou local) onde se candidataram aos benefícios. Pessoas com deficiência auditiva ou de fala devem entrar em contato com o USDA através do Serviço Federal de Relay pelo telefone 1-800-877-8339. Além disso, as informações do programa podem ser fornecidas em outros idiomas além do inglês.

Para apresentar uma denúncia de discriminação no programa:

- Preencha o Formulário de Denúncia de Discriminação do Programa do USDA (AD-3027) disponível on-line em <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/usda-program-discrimination-complaint-form.pdf> e em qualquer escritório do USDA. Você pode solicitar uma cópia do formulário de denúncia ligando para 1-866-632-9992; ou
- Escreva uma carta endereçada ao USDA e mencione todas as informações solicitadas no formulário.

Envie seu formulário preenchido ou carta para o USDA:

- por correio: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue SW Washington, D.C.20250-9410; ou
- por fax: 1-202-690-7442; ou
- por e-mail: program.intake@usda.gov

Esta instituição é um provedor de oportunidades iguais.

Auxílio de transição para famílias com filhos dependentes (TAFDC) e Auxílio de emergência a idosos, portadores de deficiência e crianças (EAEDC)

O TAFDC e o EAEDC são programas de assistência financeira. Acesse DTACConnect.com ou ligue para o escritório DTA local para obter mais informações e se inscrever nos programas. Essas informações se aplicam apenas às famílias que estão solicitando ou que recebem o TAFDC ou EAEDC.

Quando preciso informar ao DTA sobre as mudanças em minha família?

Devo informar ao DTA sobre as mudanças que podem afetar meu TAFDC ou EAEDC (benefícios financeiros em dinheiro) **dentro de 10 dias**; não preciso informar ao DTA sobre mudanças em meus ganhos, caso sejam inferiores a US\$ 100 por mês. Isso inclui mudanças em minha renda, endereço, com quem moro, tamanho da família, trabalho e seguro saúde.

Como faço para obter seguro saúde?

- Se eu já tenho TAFDC ou EAEDC, também terei a cobertura do MassHealth.
- Se o benefício TAFDC ou EAEDC tiver sido negado, o MassHealth usará minhas informações para determinar se sou elegível ao seguro saúde.
- Se o meu benefício EAEDC for suspenso, terei que solicitar o seguro saúde MassHealth separadamente. Para fazer a solicitação, ligue para 1-800-841-2900.

Se eu tiver o seguro saúde MassHealth, concordo que o MassHealth colete:

- dinheiro devido a mim de outras fontes, para meus cuidados médicos, e
- autorização médica do pai/mãe ausente de qualquer criança menor de 19 anos que receba os benefícios do MassHealth.

Existem regras especiais se eu for elegível apenas devido a um acidente ou lesão?

Se a minha família obtiver benefícios do MassHealth ou DTA devido a um acidente ou lesão, devo usar todo o dinheiro que receber pelo acidente ou lesão para reembolsá-los. O dinheiro pode vir de uma apólice de seguro, um acordo ou qualquer outra fonte. Isso se aplica mesmo que eu ainda não saiba quais são as possíveis fontes do dinheiro.

Concordo em colaborar com o MassHealth e o DTA para:

- Apresentar uma reclamação para receber dinheiro de outras fontes.
- Informar imediatamente ao MassHealth e ao DTA sobre qualquer reclamação de seguro, ação judicial ou outro processo para obter dinheiro.
- Fornecer novas informações ao MassHealth e ao DTA tão logo as obtiver.

Se eu não colaborar, o MassHealth e o DTA podem suspender ou negar meus benefícios. Autorizo o MassHealth e o DTA a:

- Compartilhar informações sobre meus benefícios a fim de coletar dinheiro para reembolsar esses benefícios.
- Ver todos os registros relacionados ao dinheiro que posso vir a receber em decorrência de acidente ou lesão, como os registros do Departamento de Acidentes Industriais.

Se estiver recebendo EAEDC em função de deficiência ou porque tenho mais de 65 anos, preciso solicitar os benefícios da Renda de Segurança Suplementar (SSI). Se a minha solicitação dos benefícios da SSI, que abrange o mesmo período que recebi o EAEDC, for aprovada, a Administração da Previdência Social enviará parte da minha SSI retroativa ao DTA para reembolsar o EAEDC.

Aviso importante sobre a lei e seus benefícios

A Violação Intencional do Programa (IPV) significa fornecer intencionalmente uma declaração falsa ou enganosa ou deturpar, ocultar ou reter fatos — verbalmente ou por escrito — a fim de estabelecer ou manter a elegibilidade dos benefícios TAFDC ou EAEDC, ou para obter benefícios aos quais não tenho direito.

Se eu for considerado(a) culpado(a) de uma IPV por um tribunal, uma audiência administrativa de desqualificação ou ao assinar uma renúncia voluntária de direitos, serei desqualificado(a) para receber os benefícios TAFDC ou EAEDC por um período de:

- 6 meses para a primeira violação
- 12 meses para a segunda violação
- permanentemente para a terceira violação

Além disso, outras leis podem ser aplicadas.

Compras não permitidas com o cartão EBT

Entendo que é ilegal usar os fundos TAFDC ou EAEDC creditados em um cartão de transferência eletrônica de benefícios (EBT) para pagar por: bebidas alcoólicas; produtos originados do tabaco; bilhetes de loteria; materiais ou apresentações voltadas para público adulto; jogatinas; armas de fogo e munições; serviços de férias; tatuagens; piercings corporais; joias; televisores; aparelhos de som; videogames ou consoles em lojas próprias; maconha recreativa; taxas de ordem judicial; multas; fiança ou garantias.

Onde é proibido usar meu cartão EBT

Entendo que é ilegal usar meu cartão de transferência eletrônica de benefícios (EBT) nos seguintes locais: livrarias para adultos; lojas de parafernália para adultos ou casas de espetáculos voltados para adultos; revendedores de munições; cassinos; cassinos de jogos de azar ou estabelecimentos de jogos; cruzeiros; revendedores de armas de fogo; joalherias; lojas de bebidas; manicures ou centros de estética; agências de envio de dinheiro para outros países; lojas de maconha recreativa ou estúdios de tatuagem.

Penalidades para compras proibidas em dinheiro com cartão EBT

- **Primeira violação:** Devo reembolsar o valor gasto ao DTA.
- **Segunda violação:** Devo reembolsar o valor gasto ao DTA e terei meu benefício financeiro suspenso por **dois meses**.
- **Terceira violação:** devo reembolsar o valor gasto ao DTA e terei meu benefício financeiro suspenso **permanentemente**.

ASSINATURA:

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

Assinatura do requerente: _____

Data: _____