**(AGENCY Letterhead)**

**Programa de Assistência de energia para Domicílios de Baixa Renda (LIHEAP: LOW INCOME HOME ENERGY ASSISTANCE PROGRAM)**

**aviso sobre direitos de recurso**

Você pode recorrer à: ***(Agency)***no ***(Address)*** para quaisquer dos seguintes motivos, no formulário fornecido pela ***(Agency),***  e de dentro dos seguintes prazos:

1. Você pode entrar com um recurso se a sua assistência de LIHEAP foi negada ou se você discorda do valor da assistência. O seu recurso deve ser recebido pela ***(Agency)***dentro de 20 dias úteis do recebimento de qualquer aviso de qualificação ou desqualificação.

1. Você pode entrar com um recurso se a ***(Agency)*** não tomou uma decisão sobre a sua inscrição (determinou que ela se qualificou, não qualificou ou está incompleta) após 45 dias úteis da data em que a ***(Agency)*** tenha recebido a sua inscrição ou 1º de novembro (o que for mais tarde).
2. Se a renda ou tamanho de sua família mudou desde que você preencheu a sua inscrição original, você pode requerer uma nova análise da decisão anterior da ***(Agency)*** sobre a qualificação (valor da assistência) ou desqualificação. (A mudança de renda ou de tamanho da família deve ter ocorrido até no máximo **30 de abril de 2016).** Recomendamos que você envie a documentação sobre a mudança para a ***(Agency)*** o mais rápido possível.

A ***(Agency)*** agendará uma audiência informal face-a-face somente se você a requisitar dentro dessas diretrizes e em um formulário de recurso fornecido pela ***(Agency)*** ou se a ***(Agency)*** considerar necessário. A  ***(Agency)*** lhe enviará uma notificação de decisão por escrito dentro de 10 dias úteis após a audiência.

**Em nenhum caso um recurso será aceito pela (Agency) após sexta-feira, 24 de junho de 2016.**

Se você não tiver uma audiência informal, face-a-face, a ***(Agency)*** ainda pode exigir que você envie documentação nova ou adicional em defesa de seu recurso. A ***(Agency)*** lhe enviará por escrito uma notificação de decisão dentro de 20 dias úteis do recebimento de seu recurso ou dentro de 20 dias úteis do recebimento da documentação completa, caso alguma documentação nova ou adicional tenha sido exigida.

Se você desejar recorrer de um recurso por escrito da ***(Agency)***, você pode entrar com um recurso junto ao: Department of Housing and Community Development (DHCD), Attention: LIHEAP Appeals, 100 Cambridge Street, Suite 300, Boston, MA 02114. **A sua solicitação para um recurso deve ser por escrito, deve conter o motivo da solicitação e deve ser recebida pelo DCHD dentro de 20 dias úteis após você ter recebido a decisão por escrito da *(Agency)***. **Em nenhum caso um recurso será aceito pelo DHCD após sexta-feira, 26 de agosto de 2016**.

**Se você não usufruir da oportunidade de recorrer junto à *(Agency),* você não poderá recorrer junto ao DCHD**

 Notice of Appeal Rights – Portuguese **(Agency Name)**

**Programa de Assistência de energia para Domicílios de Baixa Renda (LIHEAP: LOW INCOME HOME ENERGY ASSISTANCE PROGRAM)**

 **Regras para audiêNcias imparciais**

1. Essas regras foram criadas para alcançar uma determinação informal, justa, rápida e barata para os recursos ao Programa de Assistência de Energia para Domicílios de Baixa Renda (LIHEAP) que envolvam audiências imparciais. A audiência deve ser realizada a pedido pontual do candidato/cliente ou quando a Agência considerá-la necessária.

2. O candidato/cliente deve certificar-se de que a Agência receba o Formulário de Recurso preenchido requisitando uma audiência de acordo com as seguintes diretrizes:

a. no caso de uma determinação de qualificação ou desqualificação, dentro de 20 dias úteis do recebimento da notificação de qualificação ou desqualificação pelo candidato/cliente.

b. após 45 dias úteis da data em que a inscrição foi recebida pela Agência ou 1º de novembro, o que for mais tarde, se a Agência não tenha processado a inscrição; ou

c. após haver mudanças na renda ou tamanho da família do candidato/cliente desde uma determinação anterior de qualificação ou desqualificação pela Agência, e a mudança deve ter ocorrido até 30 de abril de 2016, ou antes.

3. O candidato/cliente tem o direito de ser representado por conta própria por um “representante autorizado”, o qual pode ser um advogado, técnico jurídico, amigo, parente ou outra pessoa. A autorização para tal representação deve ser enviada à Agência por escrito pelo candidato/cliente antes ou no momento da audiência. Um representante autorizado pode exercer, em nome do candidato/cliente, todos os direitos e poderes conferidos por essas regras.

4. O candidato/cliente tem o direito, tanto antes quanto depois da audiência, a examinar e copiar os materiais de sua inscrição arquivados com a Agência em seu escritório. O candidato/cliente pode copiar a sua inscrição e 5 páginas adicionais do arquivo sem nenhum custo; itens adicionais podem ser copiados por conta do candidato/cliente. A Agência deve estabelecer horários razoáveis nos quais o candidato/cliente, dado aviso razoável, possa examinar e copiar o seu arquivo.

5. A Agência deve fornecer por escrito um Aviso de Audiência que:

a. dê dez 10 dias de aviso sobre o horário e local da audiência, mais 3 dias para envio pelo correio e uma declaração breve sobre os assuntos relacionados;

b. informe que o candidato/cliente tem o direito de obter um representante autorizado por conta própria;

c. informe que o candidato/cliente tem o direito de examinar e copiar os materiais de sua inscrição arquivada com a Agência, e descreva como conseguir tal verificação;

d. informe que a audiência será governada por essas regras;

e. informe que se o candidato/cliente deixar de comparecer à audiência conforme agendado e deixar de reagendar a audiência com antecedência, o recurso será arquivado, sujeito a reconsideração se o candidato/cliente demonstrar justa causa para a sua falha em comparecer ou reagendar; e

f. incluir uma declaração de acomodação razoável.

6. Na audiência, o candidato/cliente e a Agência devem ter o direito de apresentar testemunhos pessoais, testemunhas, documentos de evidência e argumentos verbais e/ou por escrito para questionar testemunhas e para refutar quaisquer evidências oferecidas na audiência. A audiência pode ser realizada de uma maneira informal e sem aderir a regras formais de evidência.

7. Um auditor imparcial a ser selecionado pela Agência deverá presidir na audiência.

O auditor:

a. pode exercer um controle razoável sobre a sequência e duração das apresentações para preservar a ordem e evitar repetição;

 Rules for Fair Hearings Page One - Portuguese

**Programa de Assistência de energia para Domicílios de Baixa Renda (LIHEAP)**

 **Regras para audiêNcias imparciais - PÁGINA DOIS**

b. pode limitar a presença na audiência para preservar a ordem e a privacidade do candidato/cliente, sendo que o candidato/cliente possa renunciar aos seus direitos de privacidade;

c. pode dar continuidade à audiência em uma data futura, conforme apropriado;

d. pode exercer a discrição para limitar ou excluir evidências, mas não deve aplicar as regras de evidência aplicáveis em tribunal e deve aceitar todas as evidências relevantes, confiáveis e não repetitivas;

e. deve guardar cópias de todos os documentos entregues durante o curso da audiência; e

f. não deve administrar nenhum juramento a testemunhas, mas não deve reduzir o peso de testemunhos por motivo destes não terem sido prestados sob juramento.

8. A Agência deve gravar a audiência e a gravação deve tornar-se parte do arquivo da audiência, mas a Agência não deve ser obrigada a transcrever a gravação. O candidato/cliente também pode gravar a audiência por conta própria.

9. A decisão do Auditor:

a. deve ser por escrito;

b. deve ser baseada somente nos materiais do arquivo do candidato/cliente, na evidência e argumentos verbais apresentados na audiência, quaisquer argumentos por escrito entregues antes ou durante a audiência, (ou após a audiência se estiver dentro de um prazo especificado pelo auditor), nos requerimentos aplicáveis do programa e quaisquer outros fatos incontestados;

c. deve informar as razões da decisão, incluindo os requerimentos aplicáveis do programa e deve resolver tais disputas factuais, caso houver, que sejam necessárias para a decisão do recurso;

d. deve ser emitida dentro de 10 dias úteis do encerramento da audiência e recebimento das submissões pós-audiência; e

e. deve informar o candidato/cliente sobre o seu direito de entrar com outro recurso contra a decisão junto ao Department of Housing and Community Development (DHCD), e sobre como realizar esse processo.

Rules for Fair Hearings Page Two - Portuguese

**(AGENCY LETTERHEAD)**

**Programa de Assistência de energia para Domicílios de Baixa Renda (LIHEAP)**

**FORMULÁRIo de recurso**

Atenção: O processamento das inscrições de Recurso ocorrerá por ordem de chegada com base na DATA DE RECEBIMENTO do formulário de recurso e quaisquer documentos novos (caso aplicável) e não com base na data de inscrição original.

Para processar um recurso, esse formulário deve ser preenchido, assinado e enviado para (AGENCY). ***Informações ou documentações novas ou adicionais podem ser enviadas para apoiar o recurso junto ao formulário de recurso, pelo correio ou pessoalmente na (AGENCY).***

**PARTE A: Eu desejo recorrer à (agency) pelo seguinte motivo:**

□1. Eu recebi um aviso da (agency) sobre a minha desqualificação para benefícios de assistência de aquecimento. (Este Formulário de Recurso deve ser recebido pela (agency) dentro de 20 dias úteis do recebimento qualquer aviso de qualificação ou desqualificação).

□2. Eu recebi um aviso da (agency) sobre a minha qualificação para benefícios de assistência de aquecimento, mas eu discordo do VALOR do benefício. (Este Formulário de Recurso deve ser recebido pela (agency) dentro de 20 dias úteis do recebimento desse Formulário de Recurso).

□3. Houve uma mudança na renda ou tamanho de minha família APÓS a (agency) me notificar sobre a minha desqualificação ou qualificação (incluindo o valor do benefício) para assistência de aquecimento e eu desejo que a (agency) revise a sua determinação anterior com base nessa mudança. (A alteração de renda ou situação familiar deve ter ocorrido até 30 de abril de 2016, ou antes. A família deve enviar comprovação da alteração com esse Formulário de Recurso. **Em nenhum caso um Formulário de Recurso será aceito pela (AGENCY) após sexta-feira, 24 de junho de 2016).**

□4. Eu não recebi o aviso de ação (ex. qualificado, desqualificado ou incompleto) da (agency) sobre a minha inscrição para benefício de assistência de aquecimento após 45 dias úteis da data em que a (AGENCY) recebeu a minha inscrição ou 1º de novembro, o que for mais tarde.

**Comentários adicionais:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PARTE B: Assinale somente uma DAS ALTERNATIVAS abaixo:**

□ 1. Requisito que a (agency) revise meu arquivo (incluindo quaisquer informações ou documentação adicionais que eu deseje enviar em defesa do meu recurso). Compreendo que a (agency) também pode requerer que eu envie informações ou documentações adicionais.

***Se você desejar enviar quaisquer informações ou documentações adicionais em defesa do seu recurso, você deve enviá-las pelo correio ou pessoalmente à (agency) junto a esse formulário de recurso.***

Por favor, liste quaisquer informações ou documentações adicionais sendo enviadas: (Use folhas adicionais se necessário) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Eu também compreendo que a (agency) me enviará uma decisão por escrito dentro de 20 dias úteis do seu recebimento desse Formulário de Recurso ou recebimento de informações e documentações requeridas pela (agency). A (agency) pode agendar uma audiência informal, face-a-face, caso considere necessário.

**OU**

□ 2. Requisito que a (agency) agende uma audiência informal e face-a-face para que eu apresente o meu recurso. Eu compreendo que esta audiência será gravada e conduzida por um auditor selecionado pela (agency). Eu compreendo que irei receber um Aviso de Audiência da (agency) informando o horário e local da audiência e as regras da mesma. A (agency) me enviará uma decisão por escrito do auditor dentro de 10 dias úteis após a audiência.

**IMPORTANTE:** Caso você requeira uma audiência informal, face-a-face, qualquer documentação nova que deseje que seja considerada na audiência deveria ser enviada antes da (AGENCY) agendar a audiência.

Eu entendo que se eu não recorrer primeiro junto à (AGENCY), eu não posso recorrer junto ao DHCD. Em nenhum caso a (AGÊNCIA) irá aceitar recursos após 24 de junho de 2016. Em nenhum caso o DHCD irá aceitar recursos após 26 de agosto de 2016.

Eu concordo em fornecer todas as informações e documentações conforme exigido para verificar minha elegibilidade para os benefícios de assistência de aquecimento.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Assinatura do Candidato/Cliente Data Número da Inscrição**

***Este formulário e todos os documentos necessários devem ser enviados dentro dos prazos para recurso à (agency) no endereço acima.***

Appeal Form - Portuguese

**(AGENCY LETTERHEAD)**

**Programa de Assistência de energia para Domicílios de Baixa Renda (LIHEAP)**

**aviso de audiência de recurso**

Você enviou um Formulário de Recurso para **(AGENCY)** em que requisitou uma audiência informal, face-a-face, na **(AGENCY)** com relação ao seu recurso sobre o Programa de Assistência de Energia para Domicílios de Baixa Renda (LIHEAP).

Uma audiência foi agendada em \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Dia/Data) às \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(da manhã/da tarde).

Na (AGENCY) localizada em \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

Abaixo segue uma declaração breve sobre os assuntos que serão abordados na audiência:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Você deve comparecer nesse horário agendado. Caso isso não seja possível, você deve contatar a **(AGENCY)** antes desse horário agendado para marcar um novo horário. Deixar de comparecer na audiência agendada ou deixar de contatar a **(AGENCY)** antes da audiência resultará no arquivamento de seu recurso a não ser que você consiga demonstrar justa causa por não comparecer ou não contatar a **(AGENCY)**. Segue em anexo uma cópia das ***Regras de Audiências Imparciais do Programa de Assistência de Energia para Domicílios de Baixa Renda***. Essas Regras governarão a audiência.

Você tem o direito de examinar e copiar na **(AGENCY)**  os materiais relativos à sua inscrição arquivada junto à **(AGENCY)**. Você pode copiar a sua inscrição e 5 páginas adicionais de seu arquivo gratuitamente. Páginas ou cópias adicionais serão cobradas. Você deve contatar a **(AGENCY)** para agendar um horário para examinar e/ou copiar materiais de seu arquivo (veja abaixo).

Você tem o direito de ser representado, por conta própria, por um representante autorizado. Se você planeja ser representado na audiência por um representante autorizado, você deve notificar a **(AGENCY)** por escrito antes ou no momento da audiência.

Caso você seja portador de uma deficiência e queira solicitar uma acomodação razoável, favor contatar a (AGENCY).

Se você desejar: 1) reagendar a sua audiência, 2) agendar um horário para examinar e/ou copiar materiais em seu arquivo, ou 3) fazer mais perguntas sobre esse aviso, ou 4) solicitar uma acomodação razoável, por favor, contate:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***(AGENCY INFORMATION)***

 Notice of Appeal Hearing - Portuguese

**(AGENCY LETTERHEAD)**

**Programa de Assistência de energia para Domicílios de Baixa Renda (LIHEAP)**

**recurso a nível local -- rejeição**

**Nome do Candidato:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **No da Inscrição:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Data desse Aviso:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Como resultado de nossa revisão de seu recurso ao Programa de Assistência de Aquecimento, nós lamentamos informá-lo de que o seu recurso para:

\_\_\_\_\_ Elegibilidade

\_\_\_\_\_ Aumento de Nível de Benefício

Foi **rejeitado** pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Caso deseje** **recorrer dessa decisão junto à (AGENCY), você pode fazê-lo junto ao Department of Housing and Comunity Development (DHCD). O seu recurso deve ser por escrito, deve incluir o motivo para a solicitação e deve ser recebido dentro de 20 dias úteis do recebimento desse aviso ao:**

**Attn: LIHEAP Appeals Officer**

**Community Services Unit, Division of Community Services**

**Department of Housing and Community Development**

**100 Cambridge Street, Suite 300**

**Boston, MA 02114**

A Unidade de Serviços Comunitários no Department of Housing and Community Development revisará o seu arquivo. Ele emitirá uma decisão por escrito dentro de 20 dias úteis do recebimento de todas as informações e documentações necessárias. Você pode buscar uma avaliação judicial da decisão do DHCD.

Caso deseje maiores informações sobre esse aviso, por favor, contate:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(AGENCY) (TELEPHONE NUMBER)**

Por favor, esteja ciente de que essa decisão não afeta a sua possível elegibilidade em qualquer ano futuro ou impede um pedido de reconsideração caso a renda ou tamanho de sua família mude antes de 30 de abril de 2016. Caso haja alguma dessas mudanças, por favor, contate a **(AGENCY)** diretamente.

**Se a sua inscrição estiver incompleta, você deve contatar a (Agency) e completar a sua inscrição o mais rápido possível. Entretanto, favor observar que a (Agency) não aceitará recursos após sexta-feira, 24 de junho de 2016. Em nenhum caso o DHCD aceitará recursos após sexta-feira, 26 de agosto de 2016. Favor observar que após o término do processo de recurso da (Agency), nenhuma informação nova será considerada pelo DHCD. A decisão do DHCD será baseada somente na análise da informação e procedimento arquivados da (Agency). O DHCD não aceita nova documentação ou processa inscrições incompletas.**  Local Level Appeal - Denial - Portuguese **(AGENCY LETTERHEAD)**

**Programa de Assistência de energia para Domicílios de Baixa Renda (LIHEAP)**

**recurso a nível local – Aprovação**

**(anulação da decisão de determinação da inscrição anterior/ qualificação para os benefícios do programa)**

**Nome do Candidato:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **No da Inscrição:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Data desse Aviso:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Como resultado de seu recurso à ***(AGENCY NAME)***, a sua inscrição para o LIHEAP foi avaliada e temos o prazer de informar-lhe que o seu pedido para:

\_\_\_\_\_ Elegibilidade

\_\_\_\_\_ Aumento de Nível de Benefício

foi **aprovado**.

O seu nível de benefício do LIHEAP é: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

O seu revendedor de combustível foi notificado sobre sua elegibilidade.

Caso as suas circunstâncias familiares mudem (tais como nível de renda ou número de integrantes na família) antes de **30 de abril de 2016**, por favor, informe a ***(AGENCY)***  sobre essa informação. Caso deseje **recorrer novamente dessa decisão**, **o seu recurso** **deve ser por escrito, deve conter o motivo para a solicitação e deve ser recebido dentro de 20 dias úteis do** **recebimento desse aviso pelo:**

**Department of Housing and Community Development**

**Attn: LIHEAP Appeals**

**100 Cambridge Street, Suite 300**

**Boston, MA 02114**

**Em nenhum caso recursos serão aceitos após sexta-feira, 26 de agosto de 2016.** Favor observar que após o término do processo de recurso da (Agency), nenhuma informação nova será considerada pelo DHCD. A decisão do DHCD será baseada somente na análise da informação e procedimento arquivados da (Agency). O DHCD não aceita nova documentação ou processa inscrições incompletas. Ele emitirá uma decisão por escrito dentro de 20 dias úteis do recebimento de todas as informações e documentações necessárias.

Caso deseje maiores informações relativas a esse aviso, por favor, contate:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(AGENCY NAME) (TELEPHONE NUMBER)**

 Local Level Appeal - Approval - Portuguese

**Programa de Assistência de energia para Domicílios de Baixa Renda (LIHEAP)**

**ADENDO DE INSCRIÇÃO**

**NÚMERO DA INSCRIÇÃO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
| A. Eu li o ***Aviso de Informação Pessoal*** e o ***Aviso de Comparação de Renda Salarial*** no verso desse formulário1. 2. 3. 4.5. 6. 7. 8. |
| B. Eu autorizo o uso do meu número de Seguro Social para os propósitos declarados no Aviso de Comparação de Renda Salarial. Eu confirmo que o número declarado abaixo é o meu Número de Seguro Social. (Favor assinar abaixo) |
| **Primeiro Nome e****Sobrenome** | **Parentesco com o/a Chefe de Família** | **Data de Nascimento** | **No do Seguro Social** | **Assinatura Autorizando o Uso do meu NSS para a Comparação de Renda Salarial** |
| **1.** |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |
| **6.** |  |  |  |  |
| **7.** |  |  |  |  |
| **8.** |  |  |  |  |

 Application Addendum - Portuguese

**(AGENCY LETTERHEAD)**

**Programa de Assistência de energia para Domicílios de Baixa Renda (LIHEAP)**

**AVISO DE Aprovação DE iNSCRIÇÃO**

**No de Inscrição:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Data desse Aviso:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nome do Candidato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Endereço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Cidade, Estado, CEP:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A sua inscrição para a assistência de aquecimento para 2015-2016 foi aprovada. Essa informação foi enviada ao seu revendedor de combustível. Você pode já ter recebido o seu benefício total ou parcialmente desde novembro.

A (**AGENCY**) continuará a pagar as contas enviadas para entrega/serviços fornecidas entre 1º de novembro e 30 de abril, até o nível potencial de benefício desde que haja verbas disponíveis.

Se o Presidente e o Congresso aprovarem verbas adicionais para a Assistência de Aquecimento, talvez possamos lhe oferecer maior ajuda, mas isso não é garantido. Caso isso aconteça, você e o seu fornecedor de combustível serão então notificados.

Uma lista de todos os pagamentos feitos em seu nome será enviada após estarem quitados. Se você discordar do nível de benefícios ou se a sua situação mudar, você pode entrar com um recurso junto a (**AGENCY**) dentro de 20 dias úteis até no máximo 24 de junho de 2016.

Máximo nível potencial de benefício: U$XXX.00 Benefício Potencial Restante: U$XXX.00

Embora o seu nível potencial de benefício máximo seja U$XXX.00 pode ser que você não receba todo esse valor porque somente o valor total das suas contas de aquecimento qualifica-se para pagamento. A Assistência de Aquecimento somente pode pagar pelas contas de aquecimento contraídas entre 1/11/2015 e 30/4/2016.

 Application Approval Notice - Portuguese

**(AGENCY LETTERHEAD)**

**Programa de Assistência de energia para Domicílios de Baixa Renda (LIHEAP)**

**AVISO DE APROVAÇÃO DE INSCRIÇÃO PROPORCIONAL**

**No de Inscrição:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Data desse Aviso:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nome do Candidato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Endereço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Cidade, Estado, CEP:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A sua inscrição para a assistência de aquecimento de 2015-2016 foi aprovada. Essa informação foi transmitida ao seu fornecedor de combustível de aquecimento. Você já pode ter recebido todo ou parte do seu benefício desde novembro.

**(AGENCY)** continuará a pagar as contas enviadas para entrega ou serviço prestado entre 1º de novembro e 30 de abril até atingir o seu nível potencial de benefício desde que as verbas estejam disponíveis.

Se o Presidente e o Congresso aprovarem verbas adicionais para Assistência de Aquecimento, talvez possamos lhe oferecer maior ajuda, mas isso não é garantido. Se isso acontecer, você e seu fornecedor de combustível seriam então notificados.

Uma lista de todos os pagamentos efetuados em seu nome será enviada após terem-se completados todos os pagamentos. Caso discordar com o nível de benefício ou sua situação mudar, você pode recorrer dentro de 20 dias úteis.

Se você se mudou desde a data da inscrição, ou se o número de sua conta estiver incorreto, é importante que nos contate e nos forneça a informação correta para garantir que o seu benefício seja pago.

Um fator usado para determinar a qualificação para assistência de aquecimento é documentação suficiente de Cidadania Estadunidense e/ou Status de Estrangeiro Qualificado para pelo menos um membro do domicílio. Devido ao fato de seu domicílio conter membros que proporcionaram documentação suficiente de Cidadania Estadunidense e/ou de Status de Estrangeiro Qualificado e membros que não se enquadraram nessa categoria, o seu benefício de assistência de aquecimento foi rateada para refletir somente os membros domiciliares que se qualificaram para assistência.

Nível de benefício potencial proporcional máximo: U$XXX,00 Benefícios Potenciais Restantes: U$XXX,00

Embora o seu benefício potencial máximo seja U$XXX,00 você pode não receber todo esse valor porque somente as suas contas reais qualificam-se para pagamento. A Assistência de Aquecimento somente pode pagar os custos de aquecimento incorridos entre 1/11/2015 e 30/4/2016.

Application Approval Notice Prorated - Portuguese

**(AGENCY LETTERHEAD)**

**Programa de Assistência de energia para Domicílios de Baixa Renda (LIHEAP)**

**Benefícios Restantes /Carta Sobre Pagamentos Efetuados**

**No de Inscrição:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Data desse Aviso:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nome do Candidato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Endereço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Cidade, Estado, CEP:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Abaixo se encontra uma lista de todos os pagamentos efetuados com base em seu nível de benefício de U$XXX,XX. Caso você tenha perguntas sobre esses pagamentos, por favor, telefone para (XXX) XXX-XXXX antes de 30 de junho de 2016.

Data Fornecedor Data de Entrega Valor

Pagamento Total: U$XXX,XX

Benefício Potencialmente Restante: U$XX,XX

Remaining Benefits/Payments Made Letter - Portuguese

**(AGENCY LETTERHEAD)**

**Programa de Assistência de energia para Domicílios de Baixa Renda (LIHEAP)**

**Formulário de Documentação de Pensão Alimentícia para a Criança ou Ex-Cônjuge**

**No da Inscrição**

**Se você recebe pensão alimentícia para criança ou pensão alimentícia por ex-cônjuge:** por favor, preencha, assine, date e devolva esse formulário para o nosso escritório junto com a documentação exigida indicando o valor(es) da pensão alimentícia.

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, compreendo que serei responsabilizado caso tenha feito alguma declaração incorreta ou incompleta sobre a pensão alimentícia que recebo.

1. \_\_\_\_\_ Eu NÃO recebi nenhuma pensão alimentícia desde \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 OU

 b.)\_\_\_\_\_\_ Eu RECEBO pensão alimentícia.

O valor é: U$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ por semana / mês (circule um)

De: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

A pensão alimentícia iniciou em ou por volta da seguinte data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Se você recebe pensão alimentícia de mais de uma pessoa,** por favor, forneça o valor recebido de cada pessoa, com que frequência, quando cada uma começou e o nome de cada pessoa fornecendo a pensão alimentícia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Para cada fonte de pensão alimentícia exige-se um dos seguintes documentos:**

a.) Cópias dos cheques compensados ou ordens de pagamento da pensão alimentícia da fonte;

b.) Cópia do mandado judicial;

c.) Uma carta do advogado cadastrado ou agência jurídica que representa o candidato;

d.) Carta do emitente de pensão com firma reconhecida;

e.) Hipoteca / aluguel pago ao invés de, ou em conjunto com a pensão alimentícia conta como renda. Exige-se uma cópia do mandado judicial, decreto ou outro documento jurídico especificando o valor e a frequência de tais pagamentos; ou,

f.) Histórico de pagamentos do Departamento da Receita Federal.

Assinatura \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Child Support/Alimony Documentation Form - Portuguese

**(AGENCY LETTERHEAD)**

**Programa de Assistência de energia para Domicílios de Baixa Renda (LIHEAP)**

**CARTA DE TRANSFERÊNCIA DE CLIENTE**

Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome do Candidato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cidade, Estado, CEP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

REF.: Transferência de Cliente de Programa de Aquecimento

Prezada Agência de Programa de Aquecimento:

O seguinte cliente foi transferido de nossa área de cobertura para a sua:

Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

No da Inscrição: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Esse domicílio foi aprovado como qualificável para até U$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ em assistência.

Até corrente data, a (**AGENCY NAME**) pagou U$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, deixando um saldo disponível a esse cliente de U$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

De acordo com as Diretrizes Administrativas para Operadores do Programa, a (AGENCY) deve encaminhar uma cópia do arquivo de inscrição original do cliente e toda a documentação de apoio.

Caso tenha quaisquer perguntas, por favor, telefone para: (TELEPHONE NUMBER, EXTENSION)

Atenciosamente,

NOME:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TÍTULO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

AGÊNCIA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Anexos

Client Transfer Letter - Portuguese

**Programa de Assistência de energia para Domicílios de Baixa Renda (LIHEAP)**

**aviso de rejeição**

**No da Inscrição:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Data deste Aviso:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nome do Candidato:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Endereço:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Cidade, Estado, CEP** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A **(AGENCY)** lamenta informar-lhe que a sua inscrição para assistência de aquecimento foi **REJEITADA** pelos seguintes motivos:

{Favor consultar a lista de possíveis motivos para recusa na secção de *Inscrições Rejeitadas* contida nas *Notificações* no Guia Administrativo do LIHEAP}

Caso deseje recorrer dessa recusa de sua inscrição para assistência de aquecimento, você deve preencher e devolver o Formulário de Recurso em anexo à (AGENCY) dentro de 20 dias úteis do recebimento desse Aviso de Rejeição.

Caso haja mudanças na renda ou tamanho de seu domicílio até 30 de abril de 2016, ou antes, então você pode entrar com um recurso junto a (AGENCY) para que a sua inscrição seja reconsiderada. Recomendamos que você envie a documentação sobre a mudança para a (Agency) o mais rápido possível.

**Em nenhum caso um recurso será aceito pela (AGENCY) após sexta-feira, 24 de junho de 2016.**

Caso seja portador de alguma deficiência e deseje solicitar uma acomodação razoável, favor contatar a **(AGENCY).**

**Se tiver quaisquer perguntas sobre essa carta, favor consultar a (AGENCY).**

 Denial Notice - Portuguese

**Programa de Assistência de energia para Domicílios de Baixa Renda (LIHEAP)**

**AVISO DE REJEIÇÃO POR NÃO COMPROVAR Cidadania Estadunidense / Status de Estrangeiro Qualificado**

**No da Inscrição:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Data deste Aviso:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nome do Candidato:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Endereço:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Cidade, Estado, CEP** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A **(AGENCY)** lamenta informar-lhe que a sua inscrição para assistência de aquecimento foi **REJEITADA** pelos seguintes motivos:

Um fator usado para determinar a qualificação para assistência de aquecimento é documentação suficiente de Cidadania Estadunidense e/ou Status de Estrangeiro Qualificado para pelo menos um membro do domicílio. O seu domicílio não forneceu documentação comprobatória suficiente de Cidadania Estadunidense e/ou de Status de Estrangeiro Qualificado para seus membros.

Caso deseje recorrer dessa recusa de sua inscrição para assistência de aquecimento, você deve preencher e devolver o Formulário de Recurso em anexo à (AGENCY) dentro de 20 dias úteis do recebimento desse Aviso de Rejeição.

Caso haja mudanças na renda ou tamanho de seu domicílio até 30 de abril de 2016, ou antes, então você pode entrar com um recurso junto a (AGENCY) para que a sua inscrição seja reconsiderada. Recomendamos que você envie a documentação sobre a mudança para a (Agency) o mais rápido possível.

**Em nenhum caso um recurso será aceito pela (AGENCY) após sexta-feira, 24 de junho de 2016.**

Caso seja portador de alguma deficiência e deseje solicitar uma acomodação razoável, favor contatar a **(AGENCY).**

**Se tiver quaisquer perguntas sobre essa carta, favor consultar a (AGENCY).**

Denial Notice For Not Proving U.S. Citzenship/Qualified Alien Status - Portuguese

**Programa de Assistência de energia para Domicílios de Baixa Renda (LIHEAP)**

**AVISO DE REJEIÇÃO PARA AQUECIMENTO INCLUSO com SUBSÍDIO**

**No da Inscrição:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Data deste Aviso:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nome do Candidato:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Endereço:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Cidade, Estado, CEP** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A **( AGENCY)** lamenta informar-lhe que a sua inscrição para assistência de aquecimento foi **REJEITADA** pelos seguintes motivos:

**\_\_\_\_** Você mora em uma residência pública ou residência particular subsidiada na qual o aquecimento está incluído em seu aluguel subsidiado que se limita a um percentual fixo de sua renda.

A regra administrativa do LIHEAP afirma que “Locatários com subsídio e com o aquecimento incluso no aluguel onde o aluguel seja igual a ou MENOR do que 30% da renda bruta mensal do LIHEAP NÃO SE QUALIFICAM para o LIHEAP”.

A sua renda bruta foi calculada como sendo U$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. A sua renda mensal é de **U$ \_\_\_\_\_\_\_\_ (U$­­­­­\_\_\_\_\_\_\_**/ 12).

Trinta por cento de sua renda mensal é **U$\_\_\_\_\_\_\_\_.**

O seu pagamento de aluguel de **U$\_\_\_\_** é somente \_\_\_\_\_\_\_\_ por cento de sua renda.

Por favor, veja a folha em anexo para visualizar como a renda bruta de sua família foi calculada.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**EXPLICAÇÃO DO(S) ITEM(S) ASSINALADO(S) ACIMA:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Caso deseje recorrer dessa rejeição de inscrição para assistência de aquecimento, você deve preencher e devolver o Formulário de Recurso em anexo para a (AGENCY) dentro de vinte (20) dias úteis do recebimento desse Aviso de Rejeição.

Se houver mudanças em sua renda familiar ou no tamanho de sua família até 30 de abril de 2016, ou antes, então você pode entrar com um recurso junto à (AGENCY) para que sua inscrição seja reconsiderada. Recomendamos que você envie a documentação sobre a mudança para a (Agency) o mais rápido possível.

**Em nenhum caso um recurso será aceito pela (AGENCY) após sexta-feira, 24 de junho de 2016.**

Caso seja portador de alguma deficiência e deseje solicitar uma acomodação razoável, favor contatar a **(AGENCY).**

**Se tiver quaisquer perguntas sobre essa carta, favor consultar a (AGENCY).**

Denial Notice For Heat Included With Subsidy - Portuguese

**Programa de Assistência de energia para Domicílios de Baixa Renda (LIHEAP)**

**AVISO DE REJEIÇÃO para Domicílios com Renda de Autônomo**

**No da Inscrição:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Data deste Aviso:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nome do Candidato:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Endereço:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Cidade, Estado, CEP** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A **( AGENCY)** lamenta informar-lhe que a sua inscrição para assistência de aquecimento foi **REJEITADA** pelos seguintes motivos:

**\_\_\_\_\_**A renda bruta de sua família de U$\_\_\_\_\_ conforme calculada a partir dos documentos que você nos forneceu é maior do que o limite do programa que é de U$\_\_\_\_\_\_\_ para uma família de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ pessoas.

Embora o programa de assistência de aquecimento utilize formulários e tabelas do IRS (Receita Federal) para obter informações sobre renda autônoma e outras informações, a elegibilidade para o programa de assistência de aquecimento não depende das regras, regulamentos e deduções permissíveis do IRS.

De acordo com as diretrizes do programa, a renda autônoma é calculada subtraindo-se uma dedução fixa de 40% da linha de renda/receitas no Formulário/Tabela apropriada do IRS.

Caso deseje recorrer dessa rejeição de inscrição para assistência de aquecimento, você deve preencher e devolver o Formulário de Recurso em anexo para a (AGENCY) dentro de 20 dias úteis do recebimento desse Aviso de Rejeição.

Se houver mudanças em sua renda familiar ou no tamanho de sua família até 30 de abril de 2016, ou antes, então você pode entrar com um recurso junto à (AGENCY) para que sua inscrição seja reconsiderada. Recomendamos que você envie a documentação sobre a mudança para a (Agency) o mais rápido possível.

**Em nenhum caso um recurso será aceito pela (AGENCY) após sexta-feira, 24 de junho de 2016.**

Caso seja portador de alguma deficiência e deseje solicitar uma acomodação razoável, favor contatar a **(AGENCY).**

**Se tiver quaisquer perguntas sobre essa carta, favor consultar a (AGENCY).**

Denial Notice For Households With Self-Employment Income - Portuguese

**Programa de Assistência de energia para Domicílios de Baixa Renda (LIHEAP)**

**AVISO DE REJEIÇÃO DEVIDO A MORADIA DESQUALIFICADA**

**No de Inscrição:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Data desse Aviso:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nome do Candidato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Endereço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Cidade, Estado, CEP:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

MOTIVO DA REJEIÇÃO:

Você reside em uma moradia desqualificada para os propósitos do LIHEAP (Assistência de Aquecimento) conforme definido em uma das três categorias abaixo.

Moradias desqualificadas incluem as que estão categorizadas como instituições pela lei de Massachusetts e incluem, mas não se limitam a: hospitais, casas de repouso, dormitórios, residências de propriedade universitária, prisões, etc.

Moradias desqualificadas, normalmente temporárias por natureza, são as estruturas móveis e estruturas ou outros abrigos não utilizados para a habitação humana o ano todo. Exemplos de moradias desqualificadas incluem veículos de lazer, barracas, trailers, barcos, carros e caminhões.

Há também outras circunstâncias em que moradias são desqualificadas devido à sua condição. Exemplos incluem moradias condenadas, moradias sem alvará de ocupação ou moradias com fontes de aquecimento inoperáveis ou perigosas.

Caso você deseje recorrer dessa rejeição de sua inscrição para assistência de aquecimento, por favor, preencha e devolva o Formulário de Recurso em anexo ao endereço acima dentro de 20 dias úteis do recebimento desse aviso de desqualificação.

**Em nenhum caso um recurso será aceito pela (AGENCY) após sexta-feira, 24 de junho de 2016.**

Caso seja portador de alguma deficiência e deseje solicitar uma acomodação razoável, favor contatar a **(AGENCY).**

**Se tiver quaisquer perguntas sobre essa carta, favor consultar a (AGENCY).**

Denial Notice For Ineligible Dwelling Unit - Portuguese

**(Agency Letterhead)**

**Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No da Inscrição:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DEPARTMENTO DE ASSISTÊNCIA TRANSICIONAL**

**VERIFICAÇÃO DE BOLSA/VERBA DE ASSISTÊNCIA**

Eu , \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, autorizo o Departamento de Assistência Transicional

a liberar as seguintes informações à **(AGENCY NAME)**:

Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número do Seguro Social: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rua: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cidade/Município: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***SOMENTE PARA O USO DO D.T.A.***

1. O recipiente recebe **TANF / EAEDC** desde: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ .

2. Por favor, **circule** o número de pessoas incluídas na bolsa/verba, *e* o valor do benefício.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TAMANHO DA VERBA** | **TANF** | **EAEDC** |
|  | **Isento/ Não-Isento** | **Sub. & Isento/Sub. & Não-Isento** |  |
| 1 | 428 / 418 | 388 / 378 | 303,70 |
| 2 | 531 / 518 | 491 / 478 | 395,10 |
| 3 | 633 / 618 | 593 / 578 | 486,60 |
| 4 | 731 / 713 | 691 / 673 | 578,20 |
| 5 | 832 / 812 | 792 / 772 | 669,80 |
| 6 | 936 / 912 | 896 / 872 | 761,10 |
| 7 | 1037 / 1011 | 997 / 971 | 852,70 |
| 8 | 1137 / 1107 |  1097 / 1067 | 944,30 |

 Caso não listado acima, liste: o número de pessoas na verba: \_\_\_\_\_\_ Valor da Verba: U$ \_\_\_\_\_\_\_

3. Se o recipiente não estiver recebendo uma verba padrão para o tamanho da família, por favor, assinale uma das seguintes alternativas e insira o valor ou uma explicação.

 \_\_\_\_ Pagamento Protegido: $ \_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_ Recuperado: $ \_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_ Renda Familiar. Fonte(s): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_ Outro. Explicação:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Se essa pessoa não for um recipiente atual, por favor, declare o último valor de verba e a data final dos benefícios. Valor da Verba: U$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data Final: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do Representante do D. T. A. Data

Department Of Transitional Assistance Grant Verification - Portuguese

**(AGENCY LETTERHEAD)**

**Programa de Assistência de energia para Domicílios de Baixa Renda (LIHEAP)**

**Declaração de assistência financeira**

**Nome do Candidato**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**No da Inscrição:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Para ser Preenchido Pela Pessoa Prestando Assistência***

Favor estar ciente de que eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(Nome em letra de forma da pessoa* ***PRESTANDO*** *assistência)*

Certifico sob as penalidades de perjúrio que é verdadeira e completa a declaração abaixo sobre a assistência financeira que provi a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 *(Nome em letra de forma da pessoa* ***RECEBENDO*** *assistência)*

Eu doei a ele/ela: U$\_\_\_\_\_\_\_\_\_ por: (assinale um) \_\_\_\_\_\_ semana \_\_\_\_\_\_ mês.

Esta assistência financeira começou em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ e continuará até \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

Se a assistência não for contínua, o valor(es) doado entre \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ e

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ foi de U$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e foi doado em (Data(s)).

Minha relação com o candidato é de: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Meu endereço é: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Meu telefone residencial é: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Meu telefone comercial é: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Além disso, eu compreendo que a (**AGENCY**) pode requerer informações adicionais para verificar minha renda. Eu posso ser responsabilizado por quaisquer declarações minhas que forem incorretas ou incompletas sobre a assistência.

***Esta declaração deve ter firma reconhecida.***

Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Pessoa prestando assistência)

On this \_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_\_\_\_, 20\_\_, before me, the undersigned notary public, personally appeared \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(name of document signer), proved to me through satisfactory evidence of identification, which were \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, to be the person whose name is signed on the preceding or attached document, and acknowledged to me that (he) (she) signed it voluntarily for its stated purpose.

Notary Signature: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **NOTARY SEAL**

Commission Expires On: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

 Financial Assistance Statement - Portuguese

**Programa de Assistência de energia para Domicílios de Baixa Renda (LIHEAP)**

**QUESTIONÁRIO DE MORADIA**

***A AGÊNCIA ou o locador pode completar este formulário.***

**Nome do Candidato:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**No da Inscrição:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Informações sobre a Moradia/ Instalações:**

1. Nome e Endereço da Moradia/ Instalações \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Proprietário da Moradia/ Instalações \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Número de Residentes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Código do Programa Comunitário, caso se aplique \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Fonte da Assistência ao Proprietário ou Residente para cobrir os custos de moradia e/ou serviços de utilidade pública e valor da verba/bolsa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Valor do Aluguel/ Hipoteca Mensal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. Fonte de Aquecimento e nome(s) nas contas de aquecimento e utilidade pública \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. Tipo de Supervisão/ Programa (ex: cuidados de 23 horas, terapia, reabilitação, monitoração médica) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Informações sobre o Cliente:**

10. Renda mensal e fonte: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Porção do aluguel do cliente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

11. Como é calculado o valor do aluguel de um cliente individual (ex: com relação às despesas das instalações; como uma porcentagem da renda do cliente, etc.)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 a. O aluguel/ hipoteca é pago totalmente pelos clientes? [ ]  Sim [ ]  Não

 b. Se os clientes não pagam o aluguel, como são pagas as despesas, etc., das instalações? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 c. O cliente tem o ônus da energia (aquecimento): [ ]  Sim [ ]  Não

12. Resumo da Situação de Moradia/ Comentários: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Case se aplique,*** *esta sessão deve ser preenchida pelo proprietário/locador.*

Nome do Locador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço do Locador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No de Telefone:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***(Rua, andar e número de apartamento. Não Caixa Postal)***

Assinatura do Locador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Por favor, devolva esse formulário diretamente à (AGENCY). Obrigado.**

***Decisão da Agência: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

Housing Questionnaire - Portuguese

**ANO FISCAL 2016**

**Programa de Assistência de energia para Domicílios de Baixa Renda (LIHEAP)**

**PLANILHA DE CÁLCULO DE RENDA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FONTE(S) DE RENDA E VALOR****Exige-se verificação de renda. Consulte as instruções ou consulte o seu provedor local de assistência de aquecimento para informações adicionais sobre a verificação de renda.**  | **POR FAVOR, ASSINALE** | **CHEFE DE FAMÍLIA** | **OUTROS INTEGRANTES DA FAMÍLIA****(De Acordo com as Diretrizes do LIHEAP)** |
| Nenhuma renda (“0” de Renda)\* | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Salários (incluindo bônus, gorjetas, horas extras, benefícios de grevistas) | [ ]  | $ | $ | $ | $ | $ |
| Receita Bruta ou Vendas (de serviço autônomo) Parte I, Linha 7, Tabela C, Formulário 1040 do IRS | [ ]  |  |  |  |  |  |
| Renda de serviço autônomo\*\* (ex: proprietário único, parcerias, corporações) | [ ]  |  |  |  |  |  |
| Seguro Social (SS) | [ ]  |  |  |  |  |  |
| Renda de Seguro Social Suplementar (SSI) | [ ]  |  |  |  |  |  |
| Assistência Transicional para Famílias Necessitadas (TANF) | [ ]  |  |  |  |  |  |
| Auxílio de Emergência para Idosos, Deficientes e Crianças (EAEDC) | [ ]  |  |  |  |  |  |
| Benefícios de Seguro Desemprego | [ ]  |  |  |  |  |  |
| Benefícios de Veteranos | [ ]  |  |  |  |  |  |
| Renda e Anuidades de Aposentadoria/ Pensão | [ ]  |  |  |  |  |  |
| Indenização por Acidente de Trabalho (Workmen’s Compensation) (incluindo pagamento de seguro de deficiência temporária) | [ ]  |  |  |  |  |  |
| Renda de Juros/ Dividendos\*\*\* | [ ]  |  |  |  |  |  |
| Renda de aluguel para moradia ocupada pelo proprietário | [ ]  |  |  |  |  |  |
| Renda de aluguel para moradia não ocupada pelo proprietário |  |  |  |  |  |  |
| Pensão Alimentícia para Crianças ou Pensão Alimentícia por Ex-cônjuge (pagamentos regulares) | [ ]  |  |  |  |  |  |
| Renda de empregos ocasionais | [ ]  |  |  |  |  |  |
| Renda de receita(s) de um pagamento único\*\*\*\* | [ ]  |  |  |  |  |  |
| Outros |  |  |  |  |  |  |
|  - Royalties | [ ]  |  |  |  |  |  |
|  - Pagamentos regulares de loteria | [ ]  |  |  |  |  |  |
|  - Pagamentos regulares de seguro | [ ]  |  |  |  |  |  |
|  - Ajuda financeira regular frequente de outros | [ ]  |  |  |  |  |  |
|  - Estipêndio /bolsa de estudos para assistentes ou estudantes/ auxílio financeiro (para despesas de moradia) | [ ]  |  |  |  |  |  |
|  - Renda de Bens ou Fideicomisso | [ ]  |  |  |  |  |  |
|  - Compensação de Moradia | [ ]  |  |  |  |  |  |
|  - Qualquer outro pagamento considerado renda (especifique abaixo) | [ ]  |  |  |  |  |  |
|  | [ ]  |  |  |  |  |  |
| RENDA DO CHEFE DE FAMÍLIA | $  |
| OUTRA RENDA FAMILIAR | $ |
| **RENDA FAMILIAR TOTAL** | **$** |

**\* Se assinalado, preencha uma Declaração de Baixa Renda ou Nenhuma Renda nos formulários de Nenhuma Renda. \*\* Se assinalado, anexe os formulários de imposto de renda. \*\*\* Se assinalado, anexe a declaração mais recente. \*\*\*\* A renda de receitas de pagamento único recebida nos 12 meses anteriores à inscrição para o LIHEAP é contada uma só vez para os propósitos do LIHEAP; as receitas de pagamentos únicos podem incluir ações ou notas promissórias; Ganhos Capitais; Royalties; Heranças; pagamentos únicos de seguro (excluindo seguro de vida e pagamentos de terceiros); Pensão Alimentícia Infantil ou Pensão Alimentícia por Ex-cônjuge única (ao invés de pagamentos mensais); prêmios de loteria (feitos em pagamento único).**

Income Calculation Worksheet - Portuguese

**(AGENCY LETTERHEAD)**

**Programa de Assistência de energia para Domicílios de Baixa Renda (LIHEAP)**

**renda de empregos temporários - Declaração de renda com firma reconhecida**

Nome do Candidato:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

No da Inscrição: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, certifico sob as penalidades de perjúrio ser verdadeira e completa a declaração de renda de empregos temporários abaixo para o período de \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ até \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_. Eu compreendo que a (**AGENCY**) pode requerer, em qualquer momento, uma cópia de minha declaração de imposto de renda para verificação. Naquele momento, eu serei responsabilizado caso tenha declarado minha renda de forma incorreta ou incompleta.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nome e Endereço da Pessoa para Quem o Trabalho Foi Realizado** |  **Trabalho(s) Realizado(s)** | **Data do Trabalho** | **Pagamento Bruto Recebido** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Assinatura do Candidato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Esta declaração deve ter firma reconhecida.***

On this \_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_\_\_\_, 20\_\_, before me, the undersigned notary public, personally appeared \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(name of document signer), proved to me through satisfactory evidence of identification, which were \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, to be the person whose name is signed on the preceding or attached document, and acknowledged to me that (he) (she) signed it voluntarily for its stated purpose.

Notary Signature: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **NOTARY SEAL**

Commission Expires On: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

 Income From Odd Jobs – Notarized Income Statement - Portuguese

**(AGENCY LETTERHEAD)**

**Programa de Assistência de energia para Domicílios de Baixa Renda (LIHEAP)**

**aviso de Inscrição Incompleta**

**Número da Inscrição: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data deste Aviso:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nome do Candidato:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Endereço:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Cidade / CEP:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Prezado Candidato à Assistência de Aquecimento:**

Vimos por meio desta informá-lo sobre a ação que está sendo tomada quanto a sua inscrição de Assistência para Aquecimento de 2015 - 2016.

A sua inscrição está **INCOMPLETA.** Nós não podemos ajudá-lo com a entrega de combustível, pagamento de eletricidade ou de aluguel até que a sua inscrição esteja completa. Nós precisamos das seguintes informações para que a sua inscrição esteja completa:

1) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**!! URGENTE !!**

**Atenção: Você deve completar a sua inscrição o mais rápido possível no máximo até 20 dias úteis da data desta carta. Se você não completar a sua inscrição, você terá os seus benefícios de Assistência de Aquecimento RECUSADOS. A Assistência de Aquecimento funciona com base em “atendimento por ordem de chegada” e não há garantia alguma de que as verbas do programa ainda estarão disponíveis para o seu domicílio caso você se atrase no envio de seus documentos e mais tarde for determinado que você se qualifica.**

**Em nenhum caso um recurso será aceito pela (AGENCY) após sexta-feira, 24 de junho de 2016.**

Favor nos telefonar **IMEDIATAMENTE** caso precise de ajuda para juntar estas informações.

 Incomplete Application Notice – Portuguese

**(AGENCY LETTERHEAD)**

**Programa de Assistência de energia para Domicílios de Baixa Renda (LIHEAP)**

**AVISO DE inscrição incompleta: Cidadania Estadunidense / Status de Estrangeiro Qualificado**

**No da Inscrição:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Data deste Aviso:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nome do Candidato:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Endereço:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Cidade, Estado, CEP** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Prezado Candidato à Assistência de Aquecimento:**

Vimos por meio desta informá-lo sobre a ação que está sendo tomada quanto a sua inscrição de Assistência para Aquecimento de 2015 - 2016.

A sua inscrição está **INCOMPLETA.** Nós não podemos ajudá-lo com a entrega de combustível, pagamento de eletricidade ou de aluguel até que a sua inscrição esteja completa. Nós precisamos das seguintes informações para que a sua inscrição esteja completa:

*Documentação necessária para Cidadania Estadunidense / Status de Estrangeiro Qualificado:*

Um dos seguintes documentos aceitáveis pode ser enviado. Eles incluem, mas não se limitam a:

* Certidão de Nascimento dos EUA.
* Cartão de Seguro Social emitido pela Administração de Seguro Social.
* Cartão de Medicare emitido pela Administração de Seguro Social.
* Carta de recente de benefícios da Administração de Seguro Social com todos os 9 dígitos do Número de Seguro Social na carta.
* Certidão de Cidadania Estadunidense (N-560 ou N-561).
* Certidão de Naturalização (N-550 ou N-570).
* Certidão de nascimento estrangeiro de um cidadão estadunidense (Formulário FS-240 ou FS-545)
* Carteira de Registro de Estrangeiro (Formulário INS 551, popularmente conhecido como “green card”

A lista acima não é uma lista completa de documentação aceitável. Se você acha que tem um documento que comprova Cidadania Estadunidense / Status de Estrangeiro Qualificado que não esteja listado acima, favor contatar a (AGENCY) para maiores informações. Caso você não tenha ou decida não fornecer a documentação suficiente para comprovar a sua Cidadania Estadunidense / Status de Estrangeiro Qualificado, você pode contatar a (AGENCY) para maiores informações.

**!! URGENTE !!**

**Atenção: Você deve completar a sua inscrição o mais rápido possível no máximo até 20 dias úteis da data desta carta. Se você não completar a sua inscrição, você terá os seus benefícios de Assistência de Aquecimento RECUSADOS. A Assistência de Aquecimento funciona com base em “atendimento por ordem de chegada” e não há garantia alguma de que as verbas do programa ainda estarão disponíveis para o seu domicílio caso você se atrase no envio de seus documentos e mais tarde for determinado que você se qualifica.**

**Em nenhum caso um recurso será aceito pela (AGENCY) após sexta-feira, 24 de junho de 2016.**

Favor nos telefonar **IMEDIATAMENTE** caso precise de ajuda para juntar estas informações.

 Incomplete Application Notice U.S. Citizenship/Qualified Alien Status – Portuguese

**(AGENCY LETTERHEAD)**

**Programa de Assistência de energia para Domicílios de Baixa Renda (LIHEAP)**

**Inscrição incompleta --- aviso final !**

**Número da Inscrição: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data deste Aviso:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Prezado(a)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:

 ***(Candidato à Assistência de Aquecimento)***

**Na sua inscrição ainda faltam alguns documentos.** A sua inscrição para assistência de aquecimento não pode ser processada sem esta informação.

O Aviso de Inscrição Incompleta datado: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ requisitou os seguintes documentos:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Um asterisco **\*** indica quais documentos nós recebemos.)

**Os seguintes documentos são necessários o mais rápido possível no máximo até 30 dias da data desta carta:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**!! URGENTE !!**

**Atenção: Você deve completar a sua inscrição o mais rápido possível no máximo até 20 dias úteis da data desta carta. Se você não completar a sua inscrição, você terá os seus benefícios de Assistência de Aquecimento RECUSADOS. A Assistência de Aquecimento funciona com base em “atendimento por ordem de chegada” e não há garantia alguma de que as verbas do programa ainda estarão disponíveis para o seu domicílio caso você se atrase no envio de seus documentos e mais tarde for determinado que você se qualifica.**

**Em nenhum caso um recurso será aceito pela (AGENCY) após sexta-feira, 24 de junho de 2016.**

**Este é o seu último aviso de inscrição incompleta!**

 Incomplete Application - Final Notice! - Portuguese

**(AGENCY LETTERHEAD)**

**Programa de Assistência de energia para Domicílios de Baixa Renda (LIHEAP)**

**Carta de pagamentos únicos de emergência para recipiente Desqualificado**

No da Inscrição: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data do Aviso: \_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_

Prezado(a) (Fuel Assistance Applicant):

A sua inscrição para benefícios pelo Programa de Assistência de Energia para Domicílios de Baixa Renda foi aprovada conforme descrito abaixo.

Entretanto, nossos registros mostram que em um ano anterior do Programa de Assistência para Aquecimento o seu domicílio recebeu uma assistência de emergência única para a qual você não se qualificava e que você não reembolsou. De acordo com os requerimentos estaduais, o seu benefício potencial máximo este ano será reduzido no valor ainda devido. Se você devolver o valor, ainda devido conforme descrito abaixo, o seu benefício total estará disponível para você através do programa.

Você pode recorrer dessa decisão sobre qualificação dentro de 20 dias úteis do recebimento desse aviso ao notificar a (**AGENCY**) por escrito no endereço no início desta página.

Revendedor de Aquecimento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Benefício Potencial Máximo: U$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pagamento de Emergência do Ano Anterior Efetuado em Nome de:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Valor do Pagamento de Emergência Efetuado: U$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Valor do Reembolso Já Efetuado Pelo Cliente: U$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Valor do reembolso ainda devido – a ser deduzido do benefício:**

**U$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Benefício máximo ajustado: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Atenciosamente,

Diretor de Assistência de Aquecimento

Agência do LIHEAP

 Letter to Ineligible Recipient of One-Time Emergency Payments - Portuguese

**(AGENCY LETTERHEAD)**

**Programa de Assistência de energia para Domicílios de Baixa Renda (LIHEAP)**

**FORMULÁRIO de entrevista para baixa ou nenhuma renda**

***(Para uso em casos de “nenhuma renda” ou quando a renda mensal for igual ou menor que U$200,00 depois de deduzidos os custos de moradia). Todas as sessões desse formulário DEVEM ser completadas pelo candidato.***

No da Inscrição: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome do Candidato**:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1) Número dos integrantes da família e seu parentesco:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2) Por favor, explique como você custeia as suas despesas básicas de sobrevivência, especificamente:

Alimentação/ utilidades públicas \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Aluguel/ hipoteca \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vestuário/ cuidados pessoais, despesas médicas \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Outras: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3) Você tem contas atrasadas ou avisos de cobrança judicial? *\_\_\_\_ SIM \_\_\_\_\_ NÃO*

Se sim, **você *deve* fornecer cópias dessas contas / avisos.**

*Aluguel:* \_\_\_\_\_ *Hipoteca:*\_\_\_\_\_\_ *Eletricidade:* \_\_\_\_\_\_ *Gás:*\_\_\_\_\_\_ *Contas Médicas:*\_\_\_\_\_\_\_\_

*Empréstimo de Automóvel: \_\_\_\_\_ Cartões de crédito:* \_\_\_\_\_ *TV à cabo:* \_\_\_\_\_\_\_ *Telefone:* \_\_\_\_\_\_ *Outras:* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4) Você: a) fez alguma retirada de seu banco \_\_\_\_\_ *SIM* \_\_\_\_\_ *NÃO*

b) recebeu auxílio de outros para ajudá-lo a pagar suas despesas do dia-a-dia?

\_\_\_\_\_ *SIM* \_\_\_\_\_ *NÃO*

Se sim, por favor, envie cópias de extratos bancários que mostrem valores e datas e/ou um formulário completo de *Declaração de Assistência Financeira*. Exige-se uma *Declaração de Assistência Financeira* se a ajuda de outros durou mais que 30 dias.

5) Como você obtém comida? SNAP (Vales-Refeição): \_\_\_\_\_\_\_\_ Outro (explique):\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6) Você recebe WIC ou outra assistência não monetária? \_\_\_\_\_ *SIM* \_\_\_\_\_ *NÃO*

Se sim, por favor, especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7) Como você paga as despesas com automóvel (combustível, licenciamento, parcelas de empréstimo de automóvel, seguro) e/ou transportes? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Certifico, sob as penas e as penalidades de perjúrio que todas as declarações contidas nesse formulário e em minha inscrição são verdadeiras e que não há nenhuma declaração incompleta ou incorreta de renda ou de qualquer outra informação. Compreendo que estarei sujeito a processo judiciário se receber quaisquer benefícios como resultado de uma declaração fraudulenta em minha inscrição.**

Nome do Candidato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

  *(nome em letra de forma)*

Assinatura do Candidato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Entrevistador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Low Income/No Income Interview Form – Portuguese **(AGENCY LETTERHEAD)**

**Programa de Assistência de energia para Domicílios de Baixa Renda (LIHEAP)**

**Declaração de nenhuma renda (renda zero)**

*Cada adulto (acima de 18 anos) integrante do domicílio que não declarar nenhuma renda (renda zero) é obrigado a completar uma seção abaixo.*

**Número da Inscrição** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Adulto No 1**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, certifico que não recebi nenhuma renda durante os últimos trinta (30) dias ou de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Eu autorizo (**AGENCY**) a examinar minha declaração de imposto de renda para verificação. Eu compreendo que, em caso de uma declaração incorreta de “nenhuma renda”, eu poderei ser responsabilizado pelo valor integral de qualquer assistência recebida e estarei sujeito a processo penal.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura No de Seguro Social Data

**Adulto No 2**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, certifico que não recebi nenhuma renda durante os últimos trinta (30) dias ou de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Eu autorizo (**AGENCY**) a examinar minha declaração de imposto de renda para verificação. Eu compreendo que, em caso de uma declaração incorreta de “nenhuma renda”, eu poderei ser responsabilizado pelo valor integral de qualquer assistência recebida e estarei sujeito a processo penal.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura No de Seguro Social Data

**Adulto No 3**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, certifico que não recebi nenhuma renda durante os últimos trinta (30) dias ou de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Eu autorizo (**AGENCY**) a examinar minha declaração de imposto de renda para verificação. Eu compreendo que, em caso de uma declaração incorreta de “nenhuma renda”, eu poderei ser responsabilizado pelo valor integral de qualquer assistência recebida e estarei sujeito a processo penal.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura No de Seguro Social Data

***Para adultos adicionais com Nenhuma Renda (Renda Zero), iniciar um outro formulário.***

 No Income (Zero Income) Statement - Portuguese

**(AGENCY LETTERHEAD)**

**Programa de Assistência de energia para Domicílios de Baixa Renda (LIHEAP)**

**Declaração de não existência de hipoteca ou seguro residencial**

***(Para clientes proprietários de imóvel que não têm despesas com hipoteca ou seguro residencial)***

No da Inscrição: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome do Candidato**:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Certifico que sou proprietário de minha residência que não tenho mais despesas de hipoteca (principal e juros). Os meus custos de moradia estão listados abaixo:***

**[ ]  hipoteca (principal e juros): $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**[ ]  Apólice de Seguro Residencial: $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**[ ]  Imposto Predial/Residencial (Impostos Municipais): $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**[ ]  Taxas de condomínio (caso se aplique): $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**[ ]  Taxas de Parque de Casas Móveis (caso se aplique): $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**[ ]  Outros $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Custo Total de Moradia: $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Certifico, sob as penas e as penalidades de perjúrio que todas as declarações contidas nesse formulário e em minha inscrição são verdadeiras e que não há nenhuma declaração incompleta ou incorreta de renda ou de qualquer outra informação. Compreendo que estarei sujeito a processo judiciário se receber quaisquer benefícios como resultado de uma declaração fraudulenta em minha inscrição.**

Nome do Candidato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

  *(nome em letra de forma)*

Assinatura do Candidato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Entrevistador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 No Mortgage/No Homeowner’s Insurance Statement – Portuguese

**(AGENCY LETTERHEAD)**

**Programa de Assistência de energia para Domicílios de Baixa Renda (LIHEAP)**

**FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCURADOR**

Nome do Candidato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número da Inscrição: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Chefe de Família), venho por meio desta permitir que o indivíduo citado abaixo responda por mim como Procurador Autorizado e tome as seguintes decisões em meu lugar: assinar por mim a Inscrição para Assistência para Aquecimento, conversar com a (AGENCY) sobre a minha inscrição e quaisquer assuntos a ela relacionados, e fornecer quaisquer documentações relativas à minha inscrição.

Nome do Procurador Autorizado\*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relação com o Candidato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Eu entendo que tenho o direito de cancelar esse Formulário de Autorização de Procurador. Caso eu deseje cancelá-lo, eu fornecerei uma notificação por escrito à (AGENCY).

Assinatura do Chefe de Família: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Data:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*\* A pessoa identificada como procurador(a) deve apresentar uma identificação com foto e uma cópia deve ficar retida no arquivo do cliente. Deve também estar anexada a este formulário uma cópia da identificação com foto do candidato.*

 Proxy Authorization Form - Portuguese

**(AGENCY LETTERHEAD)**

**Programa de Assistência de energia para Domicílios de Baixa Renda (LIHEAP)**

**AVISO DE RECUPERAÇÃO DE VALORES**

**No da Inscrição:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Data deste Aviso:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nome do Candidato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Endereço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Cidade, Estado, CEP:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prezado(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:

Após considerar todos os fatos relevantes à sua inscrição para assistência de aquecimento a qual foi enviada em (DATE), foi determinado que \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A desqualificação tem como base \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Você é responsável por devolver benefícios de assistência de aquecimento para (AGENCY) no valor de U$xxx.

Por favor, contate (NAME) no (TELEPHONE NUMBER) na (AGENCY) o mais rápido possível para discutir um método de devolução de pagamento.

Obrigado.

(NAME)

 Recoupment Notice – Portuguese

**(AGENCY LETTERHEAD)**

**Programa de Assistência de energia para Domicílios de Baixa Renda (LIHEAP)**

**AVISO DE QUALIFICAÇÃO E RECUPERAÇÃO DE VALORES**

**No da Inscrição:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Data deste Aviso:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nome do Candidato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Endereço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Cidade, Estado, CEP:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prezado(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:

A sua inscrição para benefícios através do Programa de Assistência de Energia para Domicílios de Baixa Renda foi aprovada conforme descrito abaixo.

Entretanto, nossos registros mostram que em um ano(s) anterior do Programa de Assistência para Aquecimento o seu domicílio recebeu uma assistência para a qual você não se qualificava e que você não reembolsou. De acordo com os requerimentos estaduais, o seu benefício potencial máximo este ano será reduzido no valor ainda devido. Se você devolver o valor, ainda devido conforme descrito abaixo, o seu benefício total estará disponível para você através do programa.

Você pode recorrer dessa decisão sobre qualificação dentro de 20 dias úteis do recebimento desse aviso ao notificar a (AGENCY) por escrito no endereço no início desta página.

Data do Aviso: / / No da Inscrição: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Revendedor de Aquecimento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Benefício Potencial Máximo: U$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pagamento do Ano Anterior Efetuado em Nome de:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Valor do Pagamento de Efetuado: U$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Valor do Reembolso Já Efetuado Pelo Cliente: U$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Valor do reembolso ainda devido – a ser deduzido do benefício: U$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Benefício máximo ajustado: U$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Atenciosamente,

(NAME)

 Eligibility & Recoupment Notice – Portuguese

**(AGENCY LETTERHEAD)**

**Programa de Assistência de energia para Domicílios de Baixa Renda (LIHEAP)**

**PLANILHA DE RENDA DE ALUGUEL DE PROPRIEDADE OCUPADA PELO PROPRIETÁRIO**

**Formulário 1040 do IRS Tabela E: Renda e Despesas de Propriedade Alugada**

Nome do Candidato:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No da Inscrição:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço da Propriedade\*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Andar \_\_\_\_\_\_,

Cidade/Município: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CEP:\_\_\_\_\_

Fonte da informação: [ ]  No do Formulário de Imposto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ ]  Outro (Especifique):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Período: Ano total terminando em 31/12/20\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No do IRS | Despesas | Valor |
|  3 | Aluguéis Brutos (anual) | $ |
|  |  |  |
| 5 | Propaganda | $ |
| 6 | Automóvel e Viagem | $ |
| 7 | Limpeza e Manutenção | $ |
| 8 | Comissões | $ |
| 9 | Seguro | $ |
| 10 | Taxas judiciárias e profissionais | $ |
| 11 | Taxa de gerenciamento | $ |
| 12 | Juros hipotecários pagos aos bancos | $ |
| 13 | Outros juros | $ |
| 14 | Consertos | $ |
| 15 | Materiais | $ |
| 16 | Impostos | $ |
| 17 | Serviços de Utilidade Pública (óleo, eletricidade e gás) | $ |
| 19 | Outro (liste) |  |
| i. |  | $ |
| ii. |  | $ |
| iii. |  | $ |
| iv. |  | $ |
| v. |  | $ |
| vi. |  | $ |
|  |  |  |
| Descontos Totais.  |  |
| **A** | Adicionar as linhas 5 a 19i. – v  | $ |
| Multiplicador de Moradias Alugadas.  |  |
| **B** | Multiplicar os Descontos Totais pelo Multiplicador\*Multiplique a linha A pela X **\*\*** |  |
| Lucro Líquido. |  |
| **C** | Aluguéis Brutos menos os descontos totais.  Subtrair a linha B da linha 4.  |  |

**\***:O endereço da propriedade deve ser o mesmo endereço do proprietário.

**\*\***: Multiplique as deduções totais pelo decimal correspondente ao número de apartamentos no prédio do proprietário. Duas Famílias: 0.50., Três Famílias: 0.67, Quatro Famílias: 0.75, Cinco Famílias: 0.80.

Em casos de propriedades não ocupadas pelo proprietário, uma dedução de 40% é permitida.

Owner- Occupied Property Rental Income Worksheet - Portuguese

**(Agency Name)**

**Formulário de Descrição de Trabalho Autônomo**

*Esta ferramenta pode ser usada pelos candidatos para organizar rendas com múltiplos negócios autônomos.*

**No da Inscrição\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Data**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. Liste o ano mais recente em que o imposto de renda foi declarado para os seus negócios. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Em quantos negócios autônomos separados você está envolvido? 1🞏 2🞏 3🞏 4🞏 5🞏 6🞏 Mais que 6🞏
3. Para cada tipo de negócio abaixo, favor indicar o número de negócios autônomos em que você está envolvido.

a) Empresa Individual 1🞏 2🞏 3🞏 4🞏 5🞏 6🞏 *Se assinalado, siga para a Pergunta 4,depois para a Pergunta 8.*

b) Sociedade 1🞏 2🞏 3🞏 4🞏 5🞏 6🞏 *Se assinalado, siga para a Pergunta 5,depois para a Pergunta 8.*

c) Corporação 1🞏 2🞏 3🞏 4🞏 5🞏 6🞏 *Se assinalado, siga para a Pergunta 6,depois para a Pergunta 8.*

d) Corporação do tipo S 1🞏 2🞏 3🞏 4🞏 5🞏 6🞏 *Se assinalado, siga para a Pergunta 7,depois para a Pergunta 8.*

1. Se você estiver realizando negócios como uma **Empresa Individual**, quais dos seguintes documentos você usou para apresentar a Declaração de Imposto de Renda da Receita Federal (sigla em inglês: IRS)?

a) Formulário 1040 do IRS 🞏

b) Anexo C 1🞏 2🞏 3🞏 4🞏 5🞏 6🞏

c) Anexo C-EZ 1🞏 2🞏 3🞏 4🞏 5🞏 6🞏

d) Anexo E 1🞏 2🞏 3🞏 4🞏 5🞏 6🞏

e) Anexo F 1🞏 2🞏 3🞏 4🞏 5🞏 6🞏

1. Se você estiver realizando negócios como uma **Sociedade:**

i) Quais dos seguintes documentos você usou para apresentar a Declaração de Imposto de Renda da Receita Federal?

a) Formulário 1040 do IRS 🞏

b) Anexo E 1🞏 2🞏 3🞏 4🞏 5🞏 6🞏 ii) Qual porcentagem de cada negócio correspondente

c) Formulário 1065 1🞏 2🞏 3🞏 4🞏 5🞏 6🞏 pertence a você ou a outros integrantes da família?

d) Anexo K-1(Formulário 1065) 1🞏 2🞏 3🞏 4🞏 5🞏 6 1-\_\_\_% 2-\_\_\_\_% 3-\_\_\_\_% 4-\_\_\_\_% 5-\_\_\_% 6-\_\_\_%

1. Se você estiver realizando negócios como uma **Corporação**:

 i) Quais dos seguintes documentos você usou para apresentar a Declaração de Imposto de Renda da Receita Federal?

a) Formulário 1040 do IRS 🞏

b) Anexo E (Formulário 1040) 1🞏 2🞏 3🞏 4🞏 5🞏 6🞏 ii) Qual porcentagem de cada negócio correspondente

c) Formulário 1120 1🞏 2🞏 3🞏 4🞏 5🞏 6🞏 pertence a você ou a outros integrantes da família?

d) Anexo G (Formulário 1120) 1🞏 2🞏 3🞏 4🞏 5🞏 6🞏 1-\_\_\_% 2-\_\_\_\_% 3-\_\_\_\_% 4-\_\_\_\_% 5-\_\_\_% 6-\_\_\_%

1. If você estiver realizando negócios como uma **Corporação do tipo S:**

i) Quais dos seguintes documentos você usou para apresentar a Declaração de Imposto de Renda da Receita Federal?

a) Formulário 1040 do IRS 🞏

b) Anexo E 1🞏 2🞏 3🞏 4🞏 5🞏 6🞏 ii) Qual porcentagem de cada negócio correspondente

c) Formulário 1120S 1🞏 2🞏 3🞏 4🞏 5🞏 6🞏 pertence a você ou a outros integrantes da família?

d) Anexo K (Formulário 1120S) 1🞏 2🞏 3🞏 4🞏 5🞏 6🞏 1-\_\_\_\_ 2-\_\_\_\_% 3-\_\_\_\_% 4-\_\_\_\_% 5-\_\_\_\_% 6-\_\_\_%

1. A sua família obtém renda de fontes diferentes do trabalho autônomo? 🞏Sim 🞏Não

Se Sim, indique quais fontes 🞏Remunerações, salários, gorjetas, etc. 🞏Pensão Alimentícia

🞏Ganhos de Capital 🞏Dividendos Ordinários ou Qualificados 🞏Juros tributáveis

🞏Distribuição de Aposentadoria do tipo “IRA” 🞏Pensão e anuidades

🞏Seguro Desemprego 🞏Benefícios da Previdência Social 🞏Outra renda: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. As fontes indicadas no número 8 acima estão incluídas em sua Declaração de Imposto de Renda de Pessoa Física (Formulário 1040)? 🞏 Sim ou 🞏Não

Se Não, por favor, explique:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Self-Employment Description Form - Portuguese

**(AGENCY LETTERHEAD)**

**Programa de Assistência de energia para Domicílios de Baixa Renda (LIHEAP)**

**Questionário de moradia compartilhada/ unidade econômica separada**

***Por favor, preencha este formulário caso o candidato compartilhe um apartamento ou casa com outro indivíduo(s). Cada domicílio que se inscrever deve preencher este formulário antes que a inscrição seja processada:***

No da Inscrição: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome do Candidato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome do Locador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefone do Locador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço do Locador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data em que você se mudou para este endereço:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Quantos indivíduos residem na casa/apartamento? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nomes:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Renda**

Você tem renda própria? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sim\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Não

Se sim, explique que tipo de renda: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Que tipo de renda têm os outros indivíduos? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Despesas**

Quem é responsável pelas despesas da casa/apartamento? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Qual nome aparece nas contas da hipoteca, aluguel, aquecimento, eletricidade, gás e telefone? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por favor, assinale os espaços apropriados e forneça comprovantes de cheque compensado e/ou ordens de pagamento dos últimos três meses:

\_\_\_ Aluguel \_\_\_ Gás \_\_\_ Eletricidade \_\_\_ Telefone \_\_\_ TV à Cabo

Outro (por favor, especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Durante o último ano você recebeu alguma ajuda com as despesas diárias de qualquer um dos outros indivíduos morando na casa/apartamento? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Arranjos de Moradia/ Divisão de Espaço**

Você tem algum parentesco com qualquer um desses indivíduos? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Se sim, qual é o parentesco? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Todos têm acesso ao espaço comum da moradia? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Quantos quartos há na casa/apartamento?

(Por favor, forneça contratos de aluguel, formulário de informações do aluguel ou relatório do avaliador de imóveis)

Os indivíduos compram alimentos ou outros itens de uso pessoal separadamente?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Assinatura do Candidato:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Shared Living/Separate Economic Unit Questionnaire - Portuguese

**(AGENCY LETTERHEAD)**

**Programa de Assistência de energia para Domicílios de Baixa Renda (LIHEAP)**

**FORMULÁRIO DO LOCATÁRIO / LOCADOR**

**(Para ser enviado ao Locador e preenchido pelo Locador)**

Nome do Locatário: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

No de Inscrição do Locatário: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço do Locatário: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cidade/ Município/ CEP**:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1) Data em que o Locatário tomou posse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2) Número de Indivíduos na Unidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3) Nomes dos Outros Indivíduos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4) Número de Quartos na Unidade: 🞏 Estúdio 🞏 1 🞏 2 🞏 3 🞏 4 🞏 Outro (especifique)\_\_\_\_\_\_

5) Quantas Unidades há no Prédio? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6) Como é Aquecido o Prédio?

\_\_\_\_\_ Óleo \_\_\_\_\_ Gás \_\_\_\_\_ Eletricidade \_\_\_\_\_ Outro (especifique) \_\_\_\_\_\_\_

7) Cada Unidade Tem um Medidor de Energia ou Fornalha/Caldeira Separada? \_\_\_\_ Sim \_\_\_ Não

8) Valor do Aluguel: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ por Mês / Semana (circule um)

9) Utilidades Públicas (caso houver) incluídas no Aluguel: \_\_\_ Aquecimento \_\_\_ Gás \_\_\_ Eletricidade \_\_\_ Água Quente

10) O Aluguel é Subsidiado? \_\_\_\_\_ Sim \_\_\_\_\_ Não Porção do Locatário: \_\_\_\_\_\_\_

Se sim, que tipo de subsídio (refira-se ao contrato de aluguel)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

11) Essa é uma unidade de crédito de imposto? \_\_\_\_\_ Sim \_\_\_\_\_ Não

Se sim, qual é o aluguel mensal para uma unidade sem crédito de imposto semelhante? U$\_\_\_\_\_\_\_

12) O locatário está com o aluguel atrasado? \_\_\_\_\_ Sim \_\_\_\_\_ Não

Se sim, valor que o locatário deve em aluguel atrasado: U$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por quais meses? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome do Locador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço do Locador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***(Endereço da Rua, andar e número de apartamento. Não caixa postal, sempre que possível).***

No de telefone do Locador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Locador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Por favor, devolva esse formulário diretamente à (AGENCY). Obrigado.**

Tenant Landlord Form - Portuguese

**(AGENCY LETTERHEAD)**

**Programa de Assistência de energia para Domicílios de Baixa Renda (LIHEAP)**

**Conta de Utilidades Públicas ou de Entrega de Combustível no Nome de Pessoa Fora do Núcleo Familiar**

*Esse formulário deve ser preenchido pelo candidato ao LIHEAP quando não houver nenhuma outra prova de endereço para a pessoa listada na conta de utilidade pública ou de entrega de combustível.*

No de Inscrição:

Nome do Candidato:

Endereço:

Cidade, Estado, CEP:

**Utilidade Pública**

1. Tipo de Utilidade Pública: 🞏 Gás 🞏 Eletricidade 🞏 N/A
2. Nome da Companhia de Utilidade Pública:
3. No da Conta de Utilidade Pública:
4. Nome do Cliente de Utilidade Pública:
5. Endereço do Cliente:

**Entrega**

1. Nome da Companhia de Entrega:
2. Nome do Cliente:
3. Endereço do Cliente:
4. Por favor, explique as circunstâncias que levaram o Candidato a usar o nome do Cliente na conta de utilidade pública ou de entrega.

Eu declaro que recebi permissão explícita da pessoa listada como “Nome do Cliente” de Utilidade Pública e ou de Entrega acima para usar seu nome na conta relacionada.

Nome do Candidato (LETRA DE FORMA):

Assinatura do Candidato:

*Por favor, devolva o formulário preenchido para (Agency) no (Agency Address).*

 Utility/Deliverable Fuel Bill in Name of Person Outside the Household- Portuguese **(AGENCY LETTERHEAD)**

**Programa de Assistência de energia para Domicílios de Baixa Renda (LIHEAP)**

**VERIFICAÇÃO DE ENTREGA DE LENHA / PELLETS DE MADEIRA**

No de Inscrição: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nome do Candidato:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Como cliente da Assistência de Aquecimento que aquece com lenha ou pallets de madeira, você deve completar e enviar pelo correio esse questionário para (AGENCY). Nós queremos garantir que a madeira que você recebeu é satisfatória e que os seus benefícios de Assistência de Aquecimento são pagos de acordo com o que você recebeu.**

***(Agency)*** recebeu uma conta em seu nome da: ***(Vendor)*** no valor de U$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ para a entrega de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cabos/cordões de lenha/pellets em \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

***Por favor, assinale todas as alternativas que se apliquem a você:***

\_\_\_\_\_\_ Eu recebi / não recebi a quantia total de lenha/pellets e eram satisfatórias.

\_\_\_\_\_\_ Eu não recebi / comprei tal entrega.

\_\_\_\_\_\_ A entrega de lenha não foi satisfatória pelo seguinte motivo(s):

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_ Eu não recebi a quantia total.

\_\_\_\_\_\_ O comprimento das toras não estava de acordo com o combinado/esperado.

\_\_\_\_\_\_ A madeira estava verde, não temperada como eu esperava.

\_\_\_\_\_\_ Outro (por favor, faça os comentários abaixo)

**COMENTÁRIOS:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Por favor, anexe os recibos de todas as entregas de lenha ou pallets de madeira comprados por sua conta.***

**Assinatura:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Perguntas? Ligue para o Escritório de Assistência de Aquecimento no (Telephone #).***

 Verification of Wood/Wood Pellets Delivery - Portuguese

**Esse formulário nunca deveria ser enviado via correio ou fax ao DHCD. O seu objetivo é fornecer um formato aceitável de informações o qual deveria ser enviado via email seguro ao DHCD.**

**AVISO DE COMPARAÇÃO DE RENDA SALARIAL**

De acordo com a lei estadual (M.G.L. c.62E), pode-se exigir a comparação de renda declarada pelos recipientes de assistência de aquecimento, calefação e/ou assistência de sistema de aquecimento com os salários declarados pelos empregadores através do Departamento de Receita de Massachusetts. Neste caso, esta **(AGENCY)** participará juntamente com o Massachusetts Department of Housing and Community Development (DHCD) do Sistema de Declaração de Renda Salarial de Massachusetts (comparação de renda salarial). Nós estamos pedindo que todos os integrantes familiares adultos do candidato (acima de 18 anos de idade) forneçam o seu número de seguro social para este propósito. Os integrantes adultos da residência não precisam fornecer os números de seguro social para se qualificarem através da inscrição para os programas de assistência de aquecimento, calefação e/ou assistência de sistema de aquecimento.

Caso uma comparação de renda salarial seja exigida, esta **(AGENCY)** encaminhará os números de seguro social, juntamente com os nomes e endereços do chefe de família e de todos os integrantes adultos da família ao DHCD. O DHCD encaminhará essa informação ao Departamento de Receita de Massachusetts. A informação sobre renda que você nos declarou para os programas de assistência de aquecimento, calefação e/ou de sistema de aquecimento será comparada com a informação sobre salário (renda) relatada pelos empregadores ao Departamento de Receita. O Departamento de Receita fornecerá ao DHCD informações de seus arquivos com relação à sua renda e à renda de outros integrantes de sua família, e o DHCD informará esta **(AGENCY)** sobre a informação de renda.

Se a informação de renda que você nos declarou não corresponder com a informação relatada pelos empregadores ao Departamento de Receita, nós contataremos o seu chefe de família. Nós nos reuniremos e trabalharemos com o seu chefe de família e quaisquer integrantes da família cuja informação de renda esteja em questão para tentar resolver a “discrepância”. Entretanto, se não conseguirmos resolver a “discrepância”, e determinarmos que a família declarou incorretamente uma renda menor, nós poderemos tomar uma ou mais das seguintes medidas: ajustar o nível de benefício da família; cancelar a assistência à família; buscar devolução dos pagamentos feitos incorretamente a você ou em nome de sua família; reduzir futuros benefícios no valor do montante não devolvido. Se tomarmos quaisquer dessas medidas, o chefe de família tem o direito de disputar nossa decisão através Processo de Recursos desta **(AGENCY)** e na justiça.

Quaisquer “discrepâncias” que não possam ser resolvidas por esta **(AGENCY)** poderiam também resultar em um encaminhamento ao DHCD. Informações relativas a você e ou a outros integrantes da família também podem ser encaminhadas ao Gabinete Estadual de Investigações Especiais, ao Promotor Público ou ao Procurador Geral, o que pode resultar em maiores investigações, ações e/ou processo criminal.

Se você não fornecer ou não puder fornecer ou comprovar o seu número de seguro social a esta **(AGENCY)**, o seu nome e endereço ainda serão enviados ao Departamento da Receita no caso de uma comparação de renda salarial. Após ter lido esse aviso, se você ainda estiver preocupado com a comparação de renda salarial, telefone para a sua sede de serviços jurídicos local.

 Wage Match Notice – Portuguese