



# CONTRATO DE ELEGIBILIDADE

Nome: \_\_\_\_\_ Data de nasc. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Pai/Mãe/Responsável: \_\_\_\_\_ Nº de ID do HH \_\_\_\_\_

Ao assinar meu nome, atesto o seguinte:

- ✓ Li e compreendo os “Direitos e responsabilidades” como participante do WIC.
- ✓ Compreendo que meu nome, nome do meu filho, endereço, número de telefone e data de nascimento poderão ser fornecidos pela equipe do WIC aos seguintes programas para determinar a elegibilidade da minha família para coordenação de assistência médica com serviços adicionais:
  - Departamento de Assistência Transitória - Benefícios do SNAP
  - Programa Vantagem inicial/Vantagem inicial antecipada (Head Start/Early Head Start)
  - Departamento de Saúde Pública - Programa de Prevenção de Intoxicação Infantil por Chumbo
- ✓ Compreendo que, como uma mulher no pós-parto, meu endereço e/ou número de telefone poderão ser fornecidos ao Sistema de Monitoramento de Avaliação de Risco de Gravidez do Departamento de Saúde Pública, para que eu seja convidada a preencher um questionário de gravidez.

Esses programas usarão minhas informações do WIC apenas para o WIC e seus programas. Eles não divulgarão minhas informações do WIC a terceiros sem minha permissão por escrito ou conforme exigido por lei. Esses programas concordaram em manter minhas informações do WIC em sigilo.

AVISO: A LEI ESTADUAL ESTABELECE QUE: M.G.L.c. 266, 67B, Queixas FALSAS, fictícias ou fraudulentas feitas ao estado ou município. Quem quer que faça ou apresente a qualquer funcionário, departamento, autarquia ou órgão público do estado ou de qualquer subdivisão política do mesmo, qualquer queixa sobre ou contra qualquer departamento, autarquia ou órgão público do estado, ou qualquer subdivisão política do mesmo, sabendo que tal queixa é falsa, fictícia ou fraudulenta, será punido com multa de no máximo dois mil dólares ou detenção na prisão estadual por no máximo cinco anos ou no serviço prisional por no máximo dois anos e meio, ou ambos. **Fraude criminal (deturpação de informações para receber benefícios do WIC) de acordo com a lei federal impõe uma multa de até US\$ 25.000 ou até cinco anos de prisão, ou ambos.**

**Fornei as informações corretas para determinar minha elegibilidade (identidade, residência, tamanho da família de \_\_, renda familiar bruta de todos os membros que trabalham, pensão alimentícia, renda de aluguel e quaisquer outros recursos de renda).**

**Compreendo que a publicação de fórmulas/alimentos do WIC na Internet através do Craigslist, Facebook etc. com a intenção de vender benefícios do WIC, trocar ou doar alimentos/fórmulas do WIC resultará na minha desqualificação ou do meu filho por até um ano e ação judicial para reembolso do valor total em dinheiro desses benefícios.**

**Compreendo que deverei devolver todas as fórmulas/alimentos do WIC não utilizados à clínica do WIC.**

**Notificarei a equipe do WIC se receber fórmula do MassHealth ou de outras seguradoras.  
A equipe do WIC poderá verificar as informações que eu der para determinação de elegibilidade.**

**Participante/Pai/Mãe/Responsável/Representante: \_\_\_\_\_**

**Rubrica do Funcionário: \_\_\_\_\_**

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

## OPORTUNIDADE DE SE CADASTRAR PARA VOTAR - FORMULÁRIO DE RECUSA

### Parte A

Se você não está cadastrado para votar onde mora atualmente e está qualificado para se cadastrar para votar, gostaria de se cadastrar para votar aqui hoje?

Sim

Não

Já estou cadastrado onde moro atualmente

(Se você está cadastrado para votar onde mora atualmente e não mudou seu endereço, não é necessário se cadastrar para votar novamente.)

**Assinatura:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Assinatura do Funcionário:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Se você não marcar nenhuma caixa, será considerado que você decidiu não se cadastrar para votar neste momento.

---

## OPORTUNIDADE DE SE INSCREVER PARA ALERTAS POR E-MAIL - APENAS PARA USO DO PROGRAMA LOCAL

**Endereço de e-mail:**

\_\_\_\_\_

Sim

Não

Já me inscrevi para alertas por e-mail

**Assinatura do Funcionário:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

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

