

**Formulário de Solicitação de Aprovação de Pernoite para Famílias sob Assistência Emergencial (AE) em Alojamentos em Hotéis**

**Instruções**

Um agregado familiar inteiro sob assistência emergencial (AE) pode passar até quatro noites (pernoites) distante de um hotel a cada mês, **mas antes é preciso solicitar aprovação do Departamento de Desenvolvimento Habitacional e Comunitário de Massachusetts (DHCD)**. Caso não permaneça no hotel por duas ou mais noites consecutivas, sem permissão ou uma justa causa, você poderá ser excluído do programa.

Um membro da família também poderá realizar pernoites fora do hotel separado do restante da família. **Você também precisa solicitar aprovação para que qualquer membro de sua família ausente-se do hotel em qualquer noite.** A aprovação poderá ser negada para que membros da família se ausentem por mais de duas noites consecutivas, a não ser que haja um motivo justo para uma ausência maior.

Para solicitar aprovação, preencha este formulário e envie por fax para o representante do Diretor Associado do DHCD (nome e número fax serão fornecidos pelo hotel) pelo menos dois dias úteis antes do agregado familiar ou qualquer membro do agregado familiar passar a noite ausente do hotel.

Caso solicite uma pernoite com menos de dois dias úteis de antecedência de seu planejamento da saída, você precisará explicar porque sua solicitação não foi realizada a tempo. Caso você realize uma pernoite após submeter um pedido tardio e não obtenha aprovação antes de sair, o DHCD poderá negar sua solicitação após sua saída e entender que a pernoite foi uma violação das regras. Isto poderia levar a um cancelamento de seus benefícios de abrigo.

Caso todo seu agregado familiar precise ausentar-se do hotel por mais de 4 dias seguidos, você precisa solicitar uma Interrupção de Abrigo Emergencial Temporária (TESI). Contacte seu Coordenador de Desabrigados para solicitar uma TESI.

**Formulário de Solicitação de Pernoite**

**Nome do solicitante:** \_\_\_\_\_

Esta é uma solicitação para ausentar-se do Hotel \_\_\_\_\_, quarto \_\_\_\_\_ nas seguintes noites:  
(liste todas as datas): \_\_\_\_\_.

Esta solicitação é para [marque uma opção]: \_\_\_\_ todo o agregado familiar \_\_\_\_ parte do agregado familiar.

Caso tenha escolhido “parte do agregado familiar”, liste quem em sua família se ausentará: \_\_\_\_\_

Motivo(s) para a(s) pernoite(s) solicitada(s) para um membro do agregado familiar:

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

Caso esta solicitação seja submetida com menos de dois dias úteis antes da pernoite(s) solicitada(s), explique o motivo:

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

Assinatura do solicitante: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Telefone celular onde você possa ser encontrado, caso possua: \_\_\_\_\_

**Envie este formulário via fax para o representante do Diretor Associado no número fornecido pelo hotel. O hotel irá fornecer-lhe um número de telefone a ser utilizado para confirmar o recebimento.** O hotel enviará este formulário por fax para você gratuitamente. O DHCD irá informá-lo caso sua solicitação seja aprovada. Caso não tenha alguma resposta do DHCD dentro de dois dias úteis, você pode considerar que sua solicitação foi aprovada.

**Formulário de Solicitação de Aprovação de Pernoite para Famílias sob Assistência Emergencial  
(AE) em Alojamentos em Hotéis, página 2**

*Para preenchimento pelo Diretor Associado ou representante*

Aprovada     Aprovada com as seguintes alterações:     Não aprovada

Incluir motivo da não aprovação:

---

Assinatura da Equipe do DHCD: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Nome em letra de forma e número de telefone da equipe do DHCD signatária:

---