



# Programa de Assistência de Nutrição Suplementar (SNAP, Supplemental Nutrition Assistance Program)

## Inscrição para idosos

(Para indivíduos e casais com idade igual ou acima de 60 anos)

### Como faço para me inscrever nos benefícios do SNAP?

- Envie este formulário por correio para:  
DTA Document Processing Center  
P.O. Box 4406  
Taunton, MA 02780-0420
- Envie este formulário por fax para:  
(617) 348-8765
- Compareça a um escritório local do DTA.

Certifique-se de:

- Fornecer um número de telefone para o qual possamos ligar durante dias úteis.
- Responder ao máximo de perguntas possível. Caso você não esteja seguro em responder alguma pergunta, deixe-a em branco, e nós conversaremos sobre ela durante a sua entrevista. **Sua inscrição será aceita se ela contiver seu nome, endereço (se houver) e assinatura.**
- Leia a seção Notificação de direitos, responsabilidades e penalidades.
- Forneça a sua assinatura na última página.

Se precisar de mais informações ou de ajuda adicional ligue para **1-833-712-8027** ou visite o nosso website [www.mass.gov/dta](http://www.mass.gov/dta).

### O que acontece depois que eu enviar a minha inscrição?

Entraremos em contato para uma entrevista sobre a sua inscrição.

- Se não conseguirmos entrar em contato com você, enviaremos uma carta para agendar uma entrevista por telefone.

**Observação:** avise-nos caso você não esteja disponível na data da entrevista pré-agendada ou se preferir comparecer ao escritório do DTA para a entrevista. Você poderá entrar em contato conosco para a entrevista a qualquer hora durante o horário normal de expediente.

- Agendaremos um intérprete caso você não fale inglês.

*Consulte a próxima página para obter mais informações. Guarde este formulário para referência futura.*

Poderemos solicitar a **verificação (prova)** de algumas das informações que você nos fornecer. Informaremos durante a entrevista sobre as verificações necessárias. A lista de verificações será enviada também por correio. Você terá um prazo de 30 dias, a contar de sua data de inscrição, para nos fornecer as verificações (provas) necessárias. Avise-nos se precisar de qualquer ajuda!

Poderemos solicitar:

- Identidade (quem você é)
- Comprovante de residência em Massachusetts
- Sua renda pessoal: proveniente de salários ou atividades por conta própria, benefícios de veteranos ou pensão
- Status como não-cidadão, em caso de não-cidadão inscrevendo-se para receber o SNAP
- Custos médicos (isso não é obrigatório, mas poderá qualificá-lo para mais benefícios do SNAP, caso as provas necessárias sejam fornecidas)

Se os custos de asilo ou com centros para cuidados de adultos forem informados durante a sua inscrição, talvez não seja necessário fornecer provas adicionais.

Um cartão de Transferência Eletrônica de Benefícios (EBT, Electronic Benefit Transfer) será enviado por correio, caso necessário. Você poderá receber um cartão de EBT antes mesmo de decidirmos se você se qualifica aos benefícios. Um Número de Identificação Pessoal (PIN, Personal Identification Number) será fornecido junto com seu EBT. Esse procedimento é feito para que você possa usar os benefícios assim que eles estejam disponíveis, caso seja comprovada a sua qualificação. Ao receber o cartão de EBT, você obterá mais informações sobre como utilizá-lo.

**Nosso prazo é de 30 dias para decidir sobre a sua inscrição e informá-lo por carta.** Quando a inscrição for aprovada, você será informado sobre o valor do benefício bem como quando começará a recebê-lo. Se a sua inscrição for negada, nós explicaremos o motivo.

*Consulte a próxima página para obter mais informações. Guarde este formulário para referência futura.*



# Departamento de Auxílio Transitório de Massachusetts (Massachusetts Department of Transitional Assistance)

## Formulário de inscrição de idosos no SNAP

(Para indivíduos e casais com idade igual ou acima de 60 anos)

**O candidato poderá receber benefícios do SNAP dentro de 7 (sete) dias, caso se identifique com um dos cenários a seguir:**

- A soma da sua renda e do montante em sua conta bancária é menor do que os seus gastos mensais com moradia (incluindo serviços de utilidade pública)?  Sim  Não
- Sua renda mensal é menor do que US\$ 150 e você possui no banco US\$ 100 ou menos?  Sim  Não
- Você é um trabalhador migratório com conta bancária de US\$ 100 ou menos?  Sim  Não

### Informações do candidato

Sobrenome	Primeiro nome	Inicial do nome do meio	Número do seguro social
Melhor telefone para contato:			<input type="checkbox"/> Sexo Masculino <input type="checkbox"/> Sexo Feminino
Melhor hora do dia para contato: Horário: <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde			Data de nascimento:
Marque todas as opções válidas: <input type="checkbox"/> Segunda <input type="checkbox"/> Terça <input type="checkbox"/> Quarta <input type="checkbox"/> Quinta <input type="checkbox"/> Sexta			
Endereço residencial			Você é sem-teto? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Cidade, Estado, Código postal			
Endereço para correspondência física (se diferente):			
Qual é o seu idioma principal?			

1. Etnia/raça: Essas informações são necessárias para que todos recebam o mesmo tratamento. Sua resposta é opcional e não vai influenciar na sua qualificação nem no valor do benefício.

Etnia: Hispânico ou Latino  Sim  Não

Raça: (*marque todas as opções válidas*)  Índio americano ou originário do Alaska

Asiático

Negro ou Afro-americano

Branco

Nativo do Havaí ou de outra ilha do pacífico

2. Você é cidadão dos EUA?  Sim  Não

3. Você é residente do estado de Massachusetts?  Sim  Não

4. Você precisa de suporte adicional por conta de uma deficiência? Podemos fornecer ajuda adicional chamada de acomodações. As acomodações podem tornar o processo mais fácil.  
 Sim  Não

5. Você, ou alguém de sua família, possui experiência militar?  Sim  Não

### Informações sobre a sua família

6. Outras pessoas moram com você?  Sim  Não

Caso afirmativo, vocês compartilham refeições mais da metade do tempo?  Sim  Não

7. Liste as pessoas que moram com você. **Não é necessário fornecer os números de seguro social ou a situação de cidadania para não-cidadãos que não estejam se inscrevendo para o programa SNAP, mesmo que eles residam com você.**

Sobrenome	Primeiro nome	Inicial do nome do meio	<input type="checkbox"/> Sexo Masculino <input type="checkbox"/> Sexo Feminino
Qual é o grau de parentesco com você?			Data de nascimento:
Você é cidadão dos EUA? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Número do seguro social	

Sobrenome	Primeiro nome	Inicial do nome do meio	<input type="checkbox"/> Sexo Masculino <input type="checkbox"/> Sexo Feminino
Qual é o grau de parentesco com você?			Data de nascimento:
Você é cidadão dos EUA? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Número do seguro social	

## Informações financeiras

8. Forneça informações sobre a sua renda pessoal e a dos que vivem com você.

Tipo de renda	Valor	Frequência da renda (semanal, quinzenal, mensal etc.)	A quem pertence essa renda?
Seguro social	US\$	mensal	
SSI	US\$	mensal	
Pensão	US\$		
Benefícios de veterano	US\$		
Indenização por acidente de trabalho	US\$		
Salários de emprego formal	US\$		
Seguro desemprego	US\$		
Outros (especificar)	US\$		

9. Você possui gastos relativos a cuidados de dependentes adultos?  Sim  Não  
 Caso afirmativo, quanto você paga? \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_ (semana, mês, ano etc.)

10. Você precisa dirigir para ir e vir do centro de cuidados de dependente adulto?  
 Sim  Não

Caso afirmativo, qual o endereço do prestador de serviço \_\_\_\_\_

Número de vezes \_\_\_\_\_ (semana, mês, ano etc.)

11. Você precisa pagar despesas de custos médicos do próprio bolso?  Sim  Não

Essas despesas poderão incluir co-participações (co-pays), receitas médicas, medicamentos de venda livre, prescrições de óculos, cuidados odontológicos, baterias de aparelho auditivo etc.

12. Você precisa dirigir para ir e vir do médico ou da farmácia?  Sim  Não

Caso afirmativo, informe o endereço do médico ou da farmácia \_\_\_\_\_

Número de vezes \_\_\_\_\_ (semana, mês, ano etc.)

Você precisa pagar estacionamento, US\$ \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_ (semana, mês, ano etc.)

13. Você paga aluguel?  Sim  Não

Caso afirmativo, quanto você paga de:

Aluguel US\$ \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_ (semana, mês, ano etc.)

14. Você possui casa própria?  Sim  Não

Caso afirmativo, quanto você paga de:

Hipoteca US\$ \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_ (mês, ano etc.)

Seguro de propriedade US\$ \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_ (mês, ano etc.)

Imposto de propriedade US\$ \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_ (mês, ano etc.)

Taxa de condomínio US\$ \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_ (mês, ano etc.)

15. Você precisa pagar alguma das despesas a seguir?

- Aquecimento (petróleo, gás, eletricidade ou gás propano etc.)  Sim  Não
- Energia elétrica para ar condicionado  Sim  Não
- Taxa de uso do ar condicionado  Sim  Não
- Eletricidade e/ou gás  Sim  Não
- Telefone ou serviço de telefone celular  Sim  Não

### **Liberação de informações para uma pessoa ou organização de auxílio**

16. Existe alguém ajudando-o a se inscrever para receber benefícios do programa SNAP? Nós chamamos isso de uma pessoa ou organização de auxílio (Assisting Person/Organization).

Sim  Não

Você deseja permitir que essa pessoa ou organização fale com o DTA em seu nome e compartilhe informações confidenciais relevantes relativas ao seu caso, por um período de um ano a contar da data de assinatura da sua inscrição no programa?

Sim  Não

Caso afirmativo, liste as informações desses representantes a seguir:

Nome da pessoa ou organização:

Telefone da pessoa ou organização:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Endereço da pessoa ou organização:

---

**OBSERVAÇÃO: não é permitido a uma pessoa de auxílio realizar entrevista de inscrição em nome dos membros da sua família.**

### Representante autorizado

17. Você deseja dar permissão a um representante para:

- Assinar sua inscrição e outros formulários, informar sobre mudanças, bem como compartilhar informações sobre o seu caso conosco?  Sim  Não
- Obter um cartão de EBT que permite ao beneficiário fazer compras para você usando os benefícios do SNAP?  Sim  Não

Chamamos essa pessoa de um representante autorizado. Caso sua resposta for afirmativa, liste as informações a seguir.

Sobrenome	Primeiro nome	Inicial do nome do meio	<input type="checkbox"/> Sexo Masculino <input type="checkbox"/> Sexo Feminino
Qual é o grau de parentesco com você?			Data de nascimento:
Telefone deste representante			
Endereço do representante			
Assinatura do representante			

**Importante:** a pessoa selecionada deverá fornecer comprovante de identificação. Você poderá cancelar ou alterar esta solicitação a qualquer momento. Os cartões de EBT ainda funcionarão se um caso for reaberto, após ter sido encerrado. Nos comunique, caso você não queira que este representante obtenha e utilize os seus benefícios, assim poderemos cancelar o cartão fornecido. Ligue para 1-800-997-2555 para cancelar o cartão de EBT ou para 1-833-712-8027 para descredenciar um Representante autorizado.

## **Notificação de direitos, responsabilidades e penalidades. Leia com atenção!**

Certifico de que li, ou de que alguém leu para mim, as informações contidas neste formulário. Atesto que minhas respostas às perguntas deste formulário são verdadeiras e completas, segundo o meu conhecimento. Também certifico de que todas as informações fornecidas por mim ao departamento, tanto durante a entrevista de inscrição bem como em ocasiões futuras, serão verdadeiras e completas, de acordo com o meu conhecimento. Entendo que fornecer informações falsas ou deturpadas constituem fraude. Também compreendo constituir fraude qualquer fornecimento de informações deturpadas ou a omissão de fatos com o objetivo de garantir a qualificação no programa SNAP. Tais atos se enquadram em Violação Intencional do Programa (IPV, Intentional Program Violation), sendo passíveis de punições civis e criminais.

**Eu entendo que o Departamento de Auxílio Transitório (DTA) administra o SNAP. Eu entendo que o DTA tem um prazo de 30 dias a contar da data de inscrição para processar o meu caso. Entendo ainda que:**

- De acordo com o Food and Nutrition Act de 2008 (7 U.S.C. 2011-2036), o DTA pode utilizar o número do meu seguro social (SSN) e o de qualquer membro da minha família que esteja se inscrevendo neste programa. O DTA utiliza esta informação a fim de determinar a qualificação da minha família ao programa SNAP. Além disso, o DTA verifica tais informações por meio de programas de comparação por computador. Entendo que o DTA faz uso desta prática para monitorar o cumprimento das normas do programa.
- Na maioria das vezes, as famílias ou grupos familiares que se encontram sujeitas às regras de fornecimento de Informações Simplificadas do SNAP precisam informar ao DTA sobre quaisquer mudanças que afetem o Relatório Provisório (IR, Interim Report), bem como em casos de re-certificação, com as seguintes exceções:
  - Caso a minha renda familiar ultrapasse o limite de renda bruta
  - Caso eu me encaixe nos requisitos de trabalho de adulto fisicamente capaz sem dependentes (ABAWD, able-bodied adult without dependents,) e as minhas horas de trabalho forem reduzidas para menos de 20 horas semanais
- O valor do meu benefício pode ser alterado, caso o DTA receba informações previamente verificadas sobre a minha família.
- Caso eu não esteja sujeito às regras de Informações Simplificadas (Simplified Reporting) do SNAP, nem às regras da Alternativa de Benefícios Transitórios (TBA, Transitional Benefits Alternative) é obrigatório que eu informe o DTA sobre quaisquer mudanças em minha família, ou agregado familiar, que altere nossa qualificação. Eu entendo que preciso informar o DTA sobre tais alterações pessoalmente, por escrito ou por telefone **dentro de um prazo de 10 dias da mudança**. Por exemplo, é obrigatório informar sobre alterações de renda, tamanho ou endereço da família.
- Tenho direito a falar com um supervisor, caso o DTA negue a minha qualificação para os benefícios de emergência do SNAP e eu não concorde com esta decisão. Também poderei entrar em contato com um supervisor, caso seja qualificado para os benefícios de emergência do SNAP, mas não tenha recebido nenhum benefício depois de sete dias corridos após a inscrição no programa SNAP. O candidato poderá falar com um supervisor, caso se qualifique para os benefícios, mas não tenha recebido o cartão de Transferência Eletrônica de Benefícios (EBT) depois de sete dias corridos após ter realizado a inscrição.
- Poderei receber benefícios SNAP adicionais caso eu informe e comprove ao DTA:
  - possuir custos relativos a cuidados de crianças e outros dependentes, custos de asilo e/ou custos de serviços de utilidade pública



- estar obrigado legalmente a fornecer pensão alimentícia a um membro que não pertença a minha família
- Se eu tiver 60 anos ou mais, ou no caso de ser portador de deficiência e pagar por despesas médicas, posso informar e enviar comprovação ao DTA dos custos relativos a estas despesas, Talvez isso qualifique o candidato para uma redução ou aumento dos benefícios do SNAP.
- Todos os beneficiários do SNAP com idades de 16 a 59 anos devem possuir registro de trabalho de acordo com os Requisitos Gerais de Trabalho do SNAP (General SNAP Work Requirements), a não ser que eles atendam alguma categoria de isenção. Os beneficiários do SNAP com idades entre 18 e 49 anos podem também estar sujeitos aos requisitos do programa de trabalho ABAWD. O DTA se encarregará de informar os membros da família não-isentos sobre os requisitos de trabalho necessários. O DTA também informará os membros não-isentos da família sobre as exceções e as penalidades caso as exigências solicitadas não forem cumpridas.
- A maior parte dos beneficiários do SNAP poderá participar voluntariamente em serviços de ensino e formação profissionais por meio do programa Caminho para Trabalhar do SNAP (SNAP Path to Work). O DTA poderá encaminhar beneficiários para o programa SNAP Path to Work, se necessário.
- Para fins de recrutamento, o DTA poderá também compartilhar nomes e informações de contato dos beneficiários com os organizadores do SNAP Path to Work. Entendo que os membros da minha família poderão ser contatados por especialistas do programa SNAP Path to Work do DTA, ou pelos fornecedores de serviço contratados para o programa, a fim de analisar opções de participação no programa SNAP Path to Work. Para obter mais informações sobre o programa SNAP Path to Work, visite [www.snappathtowork.org](http://www.snappathtowork.org).

**Entendo que as informações fornecidas com a minha inscrição estão sujeitas à verificação para determinar sua veracidade. Se alguma informação for falsa, o DTA poderá negar-me os benefícios do SNAP. Eu posso estar sujeito a julgamento criminal por fornecimento de informações falsas.**

Entendo que ao assinar este formulário eu autorizo a verificação e a investigação pelo DTA dos dados informados relativos à minha qualificação para os benefícios do SNAP, incluindo permissão para:

- Obter documentos que comprovem a informação deste formulário com outras agências estaduais e federais, autoridades locais de moradia, departamentos de assistência social de outros estados, instituições financeiras e da Equifax Worforce Solutions. Também autorizo que estas agências forneçam ao DTA dados sobre minha família referentes aos meus benefícios do SNAP.
- Se for o caso, verificar minha situação de imigração junto aos Serviços de Imigração e Cidadania dos Estados Unidos (USCIS, United States Citizenship and Immigration Services). Entendo que o DTA poderá verificar dados da minha inscrição no SNAP com o USCIS. Qualquer informação recebida do USCIS poderá afetar a qualificação da minha família, bem como o valor dos benefícios do SNAP.
- Compartilhar meus dados pessoais e de meus dependentes menores de 19 anos de idade com o Departamento de Ensino Fundamental e Médio (DESE, Department of Elementary and Secondary Education). O DESE irá aprovar meus dependentes para os programas de alimentação escolar (café da manhã e almoço).
- Compartilhar meus dados pessoais, de meus dependentes menores de cinco anos de idade e de qualquer gestante em minha família com o Departamento de Saúde Pública (DPH, Department of Public Health). O DPH encaminha estes indivíduos para o Programa para Mulheres, Bebês e Crianças (WIC, Women, Infants and Children Program) para auxílio nutricional.
- Compartilhar informações, junto ao Escritório Executivo de Serviços Humanos e Saúde de Massachusetts (Massachusetts Executive Office of Health and Human Services), sobre minha

qualificação no programa SNAP, com empresas fornecedoras de eletricidade, gás e de serviços de telefonia e TV a cabo qualificadas para certificar-se da minha qualificação para receber descontos nas taxas de serviços de utilidade pública.

- Compartilhar meus dados com o Departamento de Desenvolvimento de Habitação e Comunidade (DHCD, Department of Housing and Community Development) com o objetivo de inscrever-me no Programa Aquecer e Alimentar (Heat & Eat Program).

O DTA poderá negar, interromper ou diminuir meus benefícios de acordo com as informações recebidas do Equifax Workforce Solutions. Tenho o direito de receber uma cópia gratuita do meu relatório do Equifax caso eu solicite o mesmo dentro do prazo de 60 dias a partir da decisão do DTA. Tenho o direito de questionar se as informações no meu relatório estão precisas ou completas. Eu posso entrar em contato com a Equifax em: Equifax Workforce Solutions, 11432 Lackland Road, St. Louis, MO 63146, 1-800-996-7566 (toll free).

Entendo que irei receber uma cópia dos folhetos “Seu Direito de Saber” ("Your Right to Know") e do SNAP. Confirmando que vou ler ou já li os folhetos e preciso entender o conteúdo dos mesmos, bem como meus direitos e responsabilidades. Caso tenha qualquer pergunta sobre estes folhetos ou sobre quaisquer destas informações, entrarei em contato com o DTA. Caso eu tenha dificuldade de ler ou compreender quaisquer informações, entrarei em contato com o DTA. O DTA pode ser contactado pelo número: 1-877-382-2363.

Eu asseguro que todos os membros da minha família solicitantes dos benefícios do SNAP são cidadãos dos Estados Unidos ou não-cidadãos residentes legais.

### **Direito de registro eleitoral**

Entendo que no DTA tenho o direito de registrar-me para votar. Entendo que o DTA vai me ajudar no preenchimento do formulário de inscrição eleitoral caso necessário. Posso optar por preencher o formulário de registro eleitoral em particular.

Entendo que o ato de inscrição ou desistência ao registro eleitoral não afetará o valor dos benefícios que eu receber do DTA.

### **Aviso de penalidade do SNAP**

Entendo que se eu mesmo, ou quaisquer membros da minha família beneficiários do SNAP, não cumprirmos qualquer uma das regras listadas abaixo, perderemos a qualificação ao SNAP por um ano após a primeira infração, dois anos após a segunda infração e permanentemente após a terceira infração. Este indivíduo poderá ser multado em até US\$ 250.000,00 (duzentos e cinquenta mil dólares), ficar preso por até vinte anos ou ambos. O beneficiário também poderá ser processado sob outras leis federais e estaduais aplicáveis. As regras a serem seguidas são:

- Não ocultar ou fornecer informações falsas com o objetivo de receber benefícios do SNAP.
- Não negociar ou vender benefícios do SNAP.
- Não falsificar cartões de EBT ou receber benefícios do SNAP para os quais você não se qualifica.
- Não usar os benefícios do SNAP para comprar itens ilegais como bebidas alcoólicas, cigarros e outros produtos de tabaco.
- Não usar os benefícios do SNAP ou cartões de EBT de terceiros, a não ser que você seja um representante autorizado.

Também entendo as penalidades a seguir:

- Os beneficiários, que porventura cometam uma Violação Intencional do Programa (IPV, Intentional Program Violation) relativa ao **recebimento em dinheiro**, ficarão desqualificados do SNAP. Durante esse mesmo período eles não poderão receber o auxílio em dinheiro.

- O beneficiário que fizer uma declaração fraudulenta sobre sua identidade ou residência visando receber diversos benefícios do SNAP ficará desqualificado do programa por um prazo de **dez anos**.
- Os beneficiários que negociarem (compra ou venda) utilizando benefícios do SNAP em troca de substância(s)/droga(s) ilegal(is) ficarão desqualificados por **dois anos** para a primeira violação, e **permanentemente** para a segunda.
- Os beneficiários que negociarem (compra ou venda) utilizando benefícios do SNAP em troca de armas de fogo, munição ou explosivos ficarão **permanentemente** desqualificados do SNAP.
- Os beneficiários que negociarem (compra ou venda) utilizando benefícios do SNAP no valor de US\$ 500,00 (quinhentos dólares) ou mais ficarão **permanentemente** desqualificados do SNAP.
- O Estado poderá prosseguir com uma IPV contra o beneficiário que fizer uma oferta para vender on-line ou pessoalmente os benefícios do SNAP ou os cartões de EBT.
- Indivíduos que estiverem fugindo para evitar processo, custódia ou prisão após condenação por crime ou que estejam violando a liberdade condicional ou em liberdade provisória não se qualificam para o programa SNAP.
- Não é permitido pagar por alimento comprado a crédito e isso poderá resultar em desqualificação pelo SNAP.
- Os beneficiários não poderão comprar produtos com os benefícios do SNAP com a intenção de descartar seus conteúdos e retornar as embalagens em troca de dinheiro.

### **Direito a um intérprete**

Entendo ter o direito de solicitar um intérprete fornecido pelo DTA, caso nenhum membro adulto pertencente ao meu agregado familiar do SNAP falar ou entender inglês. Também entendo poder solicitar um intérprete para qualquer sessão de audiência com o DTA, ou trazer um intérprete de minha confiança. Caso eu precise de um intérprete para uma audiência, preciso ligar para a Division of Hearings, com pelo menos uma semana de antecedência da data da minha audiência.

### **Declaração de não-discriminação**

De acordo com as leis federais de direitos civis e os regulamentos e as políticas de direitos civis do Departamento de Agricultura dos EUA (USDA, U.S. Department of Agriculture), o USDA, suas agências, escritórios e empregados, assim como as instituições que participam ou administram programas do USDA são proibidas de fazer qualquer tipo de discriminação com base em raça, cor, nacionalidade de origem, sexo, credo religioso, deficiência, idade, convicções políticas. Também são proibidas em todos os programas ou atividades conduzidos ou custeados pelo USDA qualquer tipo de represálias ou retaliações relativas a atividades de direitos civis anteriores.

Os indivíduos portadores de deficiências que precisam de formas alternativas de comunicação para obter informações sobre o programa (por exemplo, braile, publicações com letras maiores, fitas de áudio, linguagem americana de sinais etc.), devem entrar em contato com a agência (estadual ou local) onde foi feita a inscrição para os benefícios. Pessoas deficientes auditivas, com dificuldades de audição ou que possuem distúrbios da fala devem entrar em contato com o USDA por meio do Federal Relay Service no telefone (800) 877-8339. Adicionalmente, as informações do programa podem estar disponíveis em outros idiomas, que não somente o inglês.

Para fazer uma reclamação ou relatar um caso de discriminação, preencha o formulário AD-3027 (USDA Program Discrimination Complaint Form), disponível on-line no site: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) e em qualquer escritório do USDA. Você pode também enviar uma carta para o USDA, fornecendo todas as informações solicitadas no formulário. Para solicitar uma cópia do formulário de reclamação, ligue para (866) 632-9992. Envie o formulário preenchido ou a carta para o USDA por:

- (1) Correio: U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) Fax: (202) 690-7442; ou
- (3) Email: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Esta instituição oferece igualdade de oportunidades.



**ASSINATURA DO CANDIDATO:** Ao assinar este formulário, certifico de que compreendo e concordo com os termos estabelecidos na seção de “Direitos, responsabilidades e penalidades”.

Assinatura do candidato: \_\_\_\_\_

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