



**Massachusetts Department of Transitional Assistance**  
**BENEFÍCIOS DO SNAP PARA SI E PARA A SUA FAMÍLIA**  
**FAÇA O SEU PEDIDO HOJE MESMO! É MAIS FÁCIL DO QUE PENSA!**



**COMO FAZER O PEDIDO**

Para solicitar os benefícios do SNAP, favor preencher este formulário e enviá-lo por correio ao DTA Document Processing Center, P.O. Box 4406, Taunton MA 02780-0420, ou por fax para 617-887-8765. Se você quiser mais informações, ligue para 1-877-382-2363 ou visite nosso website em [www.mass.gov/dta](http://www.mass.gov/dta). Você também pode solicitar os benefícios SNAP on-line, indo a [www.mass.gov/vg/selfservice](http://www.mass.gov/vg/selfservice).

**IMPORTANTE:** Aceitaremos o seu pedido se neste estiver contido o seu nome e a sua direcção (*se você tem uma*) na página 1 e a sua assinatura na página 7. Estas informações mínimas estabelecerão a data da apresentação do seu pedido. No entanto, devem ser preenchidas as restantes informações solicitadas no formulário e devemos entrevistá-lo/a para determinar a sua elegibilidade. Os benefícios são fornecidos a partir da data de aplicação.

Por favor, tente responder a todas as perguntas contidas no pedido. Quanto mais informações nos fornecer, mais rapidamente poderemos actuar sobre o seu pedido. Se não tiver a certeza sobre o que significa uma pergunta ou como responder, deixe-a em branco e falaremos sobre isso durante a sua entrevista. Depois de recebermos o seu pedido, entraremos em contacto consigo para marcar uma entrevista e fazer-lhe mais perguntas. Esta entrevista será realizada em um escritório ou por telefone. Se precisar de um/a intérprete para ajudá-lo/a a preencher este formulário ou durante a entrevista, diga-nos e contrataremos um/a intérprete. A seguir, apresentamos uma lista do que precisará de fornecer para o seu pedido. Leia a lista e junte as provas de que irá necessitar.

**PODERÁ RECEBER BENEFÍCIOS SNAP DENTRO DE SETE DIAS, SE UMA DAS SEGUINTE AFIRMAÇÕES É VERDADEIRA:**

- A soma dos seus rendimentos e dinheiro que tem no banco é menos do que as suas despesas mensais de habitação; ou  sim  não
- O seu rendimento mensal é menos de \$150 e o seu dinheiro no banco é \$100 ou menos; ou  sim  não
- É um trabalhador migrante e o seu dinheiro no banco é menos de \$100  sim  não

Estamos a fazer perguntas sobre o montante de dinheiro que tem no banco para avaliar a entrega de benefícios acelerados do SNAP. Não lhe será solicitado que apresente um comprovativo sobre o dinheiro que tem no banco. Se decidirmos que não pode obter benefícios do SNAP dentro de 7 dias (serviço acelerado) e discordar, ou se for determinado que é elegível para receber o serviço acelerado, mas não receber os seus benefícios do SNAP no sétimo dia de calendário depois da data em que tiver apresentado o pedido, tem direito a uma consulta com um supervisor.

Para solicitar benefícios do SNAP, necessita de comprovar o seu rendimento, despesas e outras informações. Apenas precisa de apresentar provas das informações que lhe correspondem. Por exemplo, se não tem emprego, não precisa de preocupar-se sobre os rendimentos ganhos na lista que se segue.

Quando obtiver benefícios do SNAP, ser-lhe-á concedida uma conta, tal como uma conta bancária. Todos os meses, os seus benefícios do SNAP serão depositados na sua conta. Para utilizar os seus benefícios SNAP, você receberá um cartão EBT que você irá usar como cartão multibanco ou cartão de crédito. A sua privacidade é importante e utilizar o cartão EBT ajuda a manter a privacidade. Você pode usar seu cartão EBT em supermercados, lojas de conveniência, mercados e cooperativas. Poderá usá-lo tal como usaria um cartão de crédito ou de ATM/débito (multibanco) para comprar alimentos.

Os elementos que deve fornecer, se lhe forem aplicáveis, para receber benefícios do SNAP.

- 1. Comprovativo de identidade:** Carta de condução, certidão de nascimento ou outro comprovativo da sua identidade.
- 2. Prova de residência em Massachusetts:** Recibo de renda atual, contrato de arrendamento, declaração de hipoteca, documento fiscal, seguros de casa ou contas de água ou luz. Se você está sem abrigo, registro de automóvel, a declaração de um albergue, de uma a pessoa que você está ficando temporariamente, ou uma declaração verbal ou escrita de alguém que possamos entrar em contato, que sabe da sua situação.
- 3. Rendimentos ganhos:** Comprovativos de pagamento de salário ou declaração escrita do empregador em papel timbrado que mostre o salário bruto antes do pagamento de impostos durante as últimas quatro semanas.
- 4. Outros rendimentos:** Cópia do cheque da Segurança Social ou da carta de adjudicação mais recente, prova de compensação por desemprego, compensação para trabalhadores, pensão, manutenção de apoio infantil ou pensão alimentar.
- 5. Trabalho por conta própria:** Declaração de impostos federais mais recente (Formulário do *Schedule C*) ou os últimos três meses de registos comerciais.
- 6. Rendimento de aluguer:** Se receber pagamentos de alguém a quem aluga um quarto ou apartamento seus, uma cópia do contrato de arrendamento ou uma declaração do seu inquilino mostrando o montante da renda paga.
- 7. Condição de estrangeiro (não cidadão):** Para todos os cidadãos estrangeiros que solicitem benefícios do SNAP, cartão de registo de estrangeiro ou outro documento de emigração.
- 8. Pagamentos de manutenção de apoio infantil:** Se faz pagamentos de manutenção de apoio infantil a alguém que não vive consigo, mostre o comprovativo da obrigação legal de fazer os pagamentos, tais como uma ordem do tribunal, a declaração de impostos que mostre os pagamentos de manutenção de apoio infantil com obrigação legal, a verificação de retenção na fonte para compensação por desemprego e o montante pago.

Elementos que possa fornecer, se lhe forem aplicáveis, para receber maiores benefícios do SNAP. *As regras do SNAP permitem-lhe deduzir certas despesas do seu rendimento contável. Se nos der provas de alguma das despesas enumeradas abaixo, poderá receber maiores benefícios do SNAP.*

- 1. Despesas de habitação:** O montante que paga pela habitação pode ser mostrado através do recibo do seu aluguer ou contrato de arrendamento. Os proprietários de moradia podem verificar estes custos através da sua declaração hipotecária, impostos sobre bens de raiz e contas do seguro residencial do proprietário.
- 2. Serviços de utilidade pública:** O tipo de despesas com serviços de utilidade pública pode comprovar-se através das facturas de petróleo, gás, electricidade, telefone (inclusive o telemóvel), ou facturas de outros serviços de utilidade pública como a eliminação do lixo, madeira ou carvão.
- 3. Despesas com cuidados infantis ou com cuidados prestados a um adulto dependente:** em casa ou fora de casa cuidado
- 4. Despesas médicas:** Se você ou alguém em sua casa tem 60 anos de idade ou mais, ou tem uma deficiência certificada, despesas médicas devem ser verificadas com recibos dos co-pagamentos de seguro de saúde, ou recibos de dentaduras, óculos, aparelhos auditivos, pilhas para aparelhos auditivos, prescrição de medicamentos, analgésicos prescritos pelo médico ou medicamentos sem receita medica e transporte para ida e volta dos serviços médicos.

**Nota:** A certos agregados familiares, tais como os que têm membros desqualificados, pedir-se-ão que forneçam informações e a verificação de contas bancárias e outros bens.

Depois da sua entrevista, receberá uma lista dos elementos que precisará de nos mostrar. **Os comprovativos de pagamento de salário, as facturas dos serviços de utilidade pública e outras provas que não podem ter mais do que quatro semanas de existência, a partir do dia em que apresentar o pedido.**



Massachusetts Department of Transitional Assistance  
**Pedido de Benefícios do SNAP**



Fonte: (assinale uma)  
 CEO  Project Bread  DMH  
 DMR  BMC  Food Pantry  
 MRC  Outra \_\_\_\_\_

**1. Informações sobre si (Responda aos dados pedidos em todas as caixas).** Se é um/a estrangeiro/a que decida **NÃO** solicitar os benefícios do SNAP, não precisa de nos comunicar o seu Número de Segurança Social ou estatuto de emigrante.

Apelido	Nome próprio	Inicial de outro nome	Número de Segurança Social
Este é o seu nome (marque um) <input type="checkbox"/> Nome à nascença <input type="checkbox"/> Nome de solteira <input type="checkbox"/> Nome de casada <input type="checkbox"/> Nome de casamento anterior <input type="checkbox"/> Pseudónimo			
Data de nascimento	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Está grávida? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	
Estado civil (assinale um) <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Nunca se casou <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Viúvo/a			
Qual é o seu idioma preferido?			
A sua <b>etnicidade/raça</b> : Estas informações são colhidas para termos a certeza de que todos sejam tratados imparcialmente. A sua resposta é voluntária e não afectará a sua elegibilidade nem o montante dos benefícios.			
<p><b>Etnicidade:</b> Hispânico ou Latino <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p> <p><b>Raça:</b> (assinale as caixas que lhe sejam aplicáveis)</p> <input type="checkbox"/> Índio americano ou nativo do Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro ou afro-americano <input type="checkbox"/> Nativo do Havai ou de outras ilhas do Pacífico <input type="checkbox"/> Branco			
Tem uma situação especial? (Assinale todas as caixas que lhe sejam aplicáveis).			
<input type="checkbox"/> Insuficiência física/mental <input type="checkbox"/> Insuficiência auditiva <input type="checkbox"/> Insuficiência visual <input type="checkbox"/> Necessita de intérprete <input type="checkbox"/> Necessita de linguagem de sinais <input type="checkbox"/> Outra _____			

**2. Informações sobre onde você mora e como contactá-lo (Responda a todas as perguntas.)**

A sua direcção actual	Nome da Rua e número	No. Apt.	Cidade, Estado, Código Postal
Está sem abrigo? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		A sua direcção actual é temporária? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	
		A sua direcção actual é a sua direcção postal? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	
Se é uma direcção temporária, indique a sua direcção permanente.			
Se tem uma direcção postal diferente, indique-a.			
<b>Tipo de habitação</b> em que vive			
<input type="checkbox"/> Habitação privada <input type="checkbox"/> Habitação pública <input type="checkbox"/> Pensão comercial <input type="checkbox"/> Habitação transitória <input type="checkbox"/> Instalação residencial <input type="checkbox"/> Habitação fornecida pelo empregador <input type="checkbox"/> Programa de habitação para adolescentes <input type="checkbox"/> Acampamento de trabalhador migrante <input type="checkbox"/> Abrigo <input type="checkbox"/> Alojamento temporário (por exemplo, Carro, tenda) <input type="checkbox"/> Alojamento para estudantes (por exemplo dormitório)			
Se você têm um endereço de e-mail, por favor indique: _____			
O(s) seu(s) número(s) de telefone <b>durante o dia</b>			
( _____ ) _____ - _____ ( _____ ) _____ - _____			
Uma boa hora do dia para comunicar consigo pelo telefone: Hora: _____			
<b>Circule tudo o que lhe é aplicável:</b> <input type="checkbox"/> Segunda <input type="checkbox"/> Terça <input type="checkbox"/> Quarta <input type="checkbox"/> Quinta <input type="checkbox"/> Sexta			

3. Pessoa que o/a ajuda com o pedido			
Apelido	Nome próprio	Inicial de outro nome	Número de telefone
Nome da Rua e número	Cidade / Vila	Estado	Código postal

4. Representante autorizado
Deseja dar a esta pessoa autorização para solicitar os benefícios do SNAP por si? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não

5. Dispensa da entrevista pessoal cara-a-cara
Se não pode comparecer no escritório do DTA para ser entrevistado/a, assinale todos os motivos que se aplicam.
<input type="checkbox"/> Idoso(a)/incapacitado(a) <input type="checkbox"/> Problemas de transporte <input type="checkbox"/> Trabalho durante as horas de expediente do DTA <input type="checkbox"/> Cuidado de crianças / Cuidado de pessoa incapacitada em sua casa <input type="checkbox"/> Outro _____
<b>IMPORTANTE: Verifique se indicou o(s) seu(s) número(s) de telefone na página 1. Precisamos de poder entrar em contacto consigo se necessitarmos de fazer perguntas sobre o seu pedido ou de fazer-lhe uma entrevista pelo telefone.</b>

6. Perguntas sobre o seu estatuto de cidadania
a. Você e todas as pessoas do seu agregado familiar são cidadãos dos Estado Unidos por nascimento ou naturalização? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Se respondeu Sim, passe para a Pergunta 7. Se respondeu Não, passe para a Parte b, a seguir.
b. Segundo as regras do SNAP (106 CMR 362.220), um estrangeiro que não pode ou não quer fornecer informações referentes a estatuto de emigrante e/ou Número de Segurança Social devido ao seu estatuto de emigrante não precisa de fazê-lo. Este(a) estrangeiro(a) não será elegível para os benefícios do SNAP. No entanto, as restantes pessoas que fazem parte do agregado familiar podem solicitar benefícios.
1. Enumere as pessoas que fazem parte do agregado familiar que decidem <b>NÃO</b> solicitar benefícios do SNAP:
_____
_____
2. Assinale aqui se todas as pessoas decidem fazer o pedido: <input type="checkbox"/>

7. Informações sobre as pessoas com quem vive - Enumere todas as pessoas com quem vive. Não inclua a si próprio/a.			
(Junte uma folha separada se for necessário). Estrangeiros que vivem consigo e que decidem não solicitar os benefícios do SNAP não precisam de nos informar sobre os seus Números de Segurança Social nem sobre os seus estatutos de emigrante.			
Apelido	Nome Próprio	Inicial de outro nome	Data de nascimento
		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Comparam e preparam comidas juntos? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		Esta pessoa está a solicitar benefícios do SNAP? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	
Estado civil		Número de Segurança Social	
		Grávida? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	

Apelido	Nome Próprio	Inicial de outro nome	Data de nascimento
		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Comparam e preparam comidas juntos? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		Esta pessoa está a solicitar benefícios do SNAP? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	
Estado civil		Número de Segurança Social	
		Grávida? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	

Apelido	Nome Próprio	Inicial de outro nome	Data de nascimento	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Grau de parentesco consigo
Compram e preparam comidas juntos? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		Esta pessoa está a solicitar benefícios do SNAP? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		Número de Segurança Social	
Estado civil				Grávida? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	

8. Há uma **criança(s) com menos de 18 anos que viva(m) consigo que não seja(m) seu(s) filho(s)**, e que **não** esteja(m) sob a sua supervisão e controlo?  sim  não  
Se respondeu **sim**, quem? \_\_\_\_\_
9. Há alguém a viver consigo que seja um **locatário** ou um **pensionista** (pessoa que paga por um quarto ou por quarto e refeições)?  sim  não  
Se respondeu **sim**, como se chama essa pessoa? \_\_\_\_\_
10. Estão a ser feitos **pagamentos por adopção** ao seu agregado familiar por alguém que viva consigo?  sim  não  
Se respondeu **sim**, por quem se fazem os pagamentos? \_\_\_\_\_
11. Você ou alguém que vive consigo é um **residente de um estado que não seja Massachusetts** ou de um país que não seja os E.U.A., ou você ou alguém que vive consigo tenciona deixar Massachusetts?  sim  não  
Se respondeu **sim**, quem é a pessoa que não é residente ou que tenciona partir? \_\_\_\_\_
12. Você ou alguém que vive consigo **NÃO é cidadão dos E.U.A.**?  sim  não
13. Você ou alguém que vive consigo que tenha 18 anos de idade ou mais e é cidadão dos Estados Unidos e residente de Massachusetts deseja **registar-se para votar**?  sim  não  
Se respondeu **sim**, quem deseja registar-se para votar? \_\_\_\_\_
14. Você ou alguém que vive consigo está física ou mentalmente **incapacitado/a** temporariamente ou a longo prazo?  
 sim  não Se respondeu **sim**, quem está incapacitado/a? \_\_\_\_\_

### 15. Salário

Você ou alguém que vive consigo está actualmente a trabalhar, ou você ou alguém que vive consigo esteve a trabalhar durante os últimos 60 dias?  sim  não

Se respondeu **sim**, complete a secção seguinte. Junte uma folha separada se for necessário).

**IMPORTANTE:** Certifique-se de preencher esta secção se você ou alguém que vive consigo trabalha por conta própria.

Apelido		Nome Próprio		Nome, direcção e número de telefone do empregador			
Cargo	Data do início	Data do fim	Salário por hora \$ _____	Horário de trabalho semanal	Gorjetas semanais \$ _____	Pago/a com que frequência?	Trabalho permanente? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não

Se o trabalho terminou, último dia de trabalho \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Registe aqui as informações mais recentes sobre salários:**

Data		Montante Bruto	Horas
Desde	Até		
		\$ _____	
		\$ _____	
		\$ _____	

**16. Outros rendimentos**

Você ou alguém que vive consigo é elegível para receber ou está a receber **qualquer outro tipo de rendimento** como Subsídio de desemprego, Manutenção de apoio infantil, Segurança Social, SSI, Compensação para trabalhadores, Benefícios para veteranos, Pensões ou Rendimento proveniente de aluguer?  sim  não  
 Se respondeu **sim**, complete a secção seguinte. (Junte uma folha separada se for necessário).

Nome	Tipo de rendimento	Montante	Recebido com que frequência?	Data em que começou o rendimento

17. Você ou alguém que vive consigo está sujeito a uma ordem do tribunal (obrigação legal) para pagar **manutenção de apoio infantil** referente a uma criança que não vive consigo?  sim  não

Pagamento com que frequência?  Mensalmente  Semanalmente Montante \$ \_\_\_\_\_

18. Você ou alguém que vive consigo tem **despesas com cuidados infantis ou com cuidados prestados a um adulto dependente**?  sim  não

Pagamento com que frequência?  Mensalmente  Semanalmente Montante \$ \_\_\_\_\_

19. Você ou alguém que vive consigo que tenha 60 anos de idade ou mais ou que esteja incapacitado/a tem **despesas de seguro médico**?  sim  não

Pagamento com que frequência?  Mensalmente  Semanalmente Montante \$ \_\_\_\_\_

20. Você ou alguém que vive consigo que tenha 60 anos de idade ou mais ou que esteja incapacitado/a tem **despesas médicas pagas directamente**?  sim  não Se respondeu **sim**, complete a secção seguinte.

Nome	Tipo	Pagamento com que frequência?	Montante	Data em que começou a pagar

**21. Despesas de abrigo**

Que tipo de despesas de abrigo você tem?

Aluguer/Hipoteka  sim  não Montante de aluguer/hipoteca por mês \$ \_\_\_\_\_  
 Impostos sobre a propriedade  sim  não  
 Outro  sim  não

**22. Despesas com serviços de utilidade pública**

Que tipo de despesas com serviços de utilidade pública paga **separadamente** do seu aluguer?

- Pago para aquecer a minha casa (óleo, gás, eletricidade ou gás propano, etc.) ou compartilho os custos de aquecimento com outras pessoas.  sim  não
- Tenho um aparelho de ar condicionado que uso no verão e pago pela eletricidade ou compartilho os custos com outras pessoas.  sim  não
- Tenho um aparelho de ar condicionado que uso no verão e pago uma taxa para usá-lo.  sim  não
- Pago pela eletricidade ou o gás ou compartilho os custos com outras pessoas.  sim  não
- Pago pelo serviço telefónico, incluindo serviço de telefonia celular (não um telefone pré-pago).  sim  não

## **AVISO SOBRE DIREITOS, RESPONSABILIDADES E PENALIDADES (POR FAVOR, LEIA COM ATENÇÃO)**

Certifico, sob pena de perjúrio, que li, ou que alguém leu para mim, as informações deste formulário de candidatura e as minhas respostas às perguntas deste formulário e que, até onde eu saiba, tais respostas são verdadeiras e completas. Certifico também, sob pena de perjúrio, que minhas respostas ou qualquer informação adicional que eu forneça no futuro serão, até onde eu saiba, verdadeiras e completas. Entendo que fornecer declarações falsas ou enganosas ou que falsear, esconder ou reter fatos, seja verbalmente ou por escrito, para estabelecer qualificação para o SNAP, constitui fraude, uma Violação Intencional do Programa (IPV- na sigla em inglês), e é punível com penalidades civis e criminais.

**Entendo que as informações que eu fornecer com o meu formulário de candidatura estarão sujeitas à verificação por autoridades locais, estaduais e federais para determinar se tais informações são corretas; se alguma informação for falsa, os benefícios do SNAP poderão ser negados e eu poderei estar sujeito a um processo criminal por fornecer, intencionalmente, informações falsas.**

Entendo que o Departamento de Assistência Transicional (Department of Transitional Assistance) (DTA- na sigla em inglês) administra o SNAP, e que o DTA tem 30 dias a partir da data do formulário para processar a candidatura. Entendo que devo relatar ao DTA quaisquer mudanças na minha renda domiciliar, patrimônio, endereço, condições de vida, tamanho da família, emprego ou quaisquer outras mudanças em minha casa que possam afetar nossa qualificação. Entendo que devo relatar essas mudanças ao DTA pessoalmente, por escrito ou por telefone **dentro de 10 dias da mudança**, exceto se eu receber do DTA permissão para relatar mudanças de acordo com as regras do Relatório Anual do SNAP ou as regras da Alternativa de Benefícios Transacionais (TBA – na sigla em inglês).

Entendo que tenho o direito a conversar com um supervisor, se determinarem que não me qualifico para os benefícios expressos do SNAP e eu discordar, ou se determinarem que me qualifico para o serviço expresso, mas não receber nenhum dos meus benefícios SNAP até o sétimo dia corrido após a data em que me candidatei ao SNAP.

Entendo que se eu decidir relatar despesas de cuidados com uma criança ou outro dependente, aluguel/hipoteca, outras despesas relacionadas a abrigo ou contas de serviços de utilidade pública, eu posso receber benefícios maiores do SNAP. Entendo também que se eu pagar pensão alimentícia para uma pessoa que não é membro do meu domicílio eu posso relatar essa despesa e oferecer comprovante ao DTA. Caso eu não relate ou confirme a(s) despesa(s) relacionada(s) acima, isto poderá significar que receberei menos benefícios do SNAP a cada mês e será considerado como uma declaração minha de que o domicílio não deseja receber uma dedução pela(s) despesa(s) não relatada(s) ou não confirmada(s).

Da mesma forma, entendo que se eu tiver 60 anos de idade ou mais ou se eu for deficiente e pagar por despesas médicas, posso relatar e confirmar essas despesas junto ao DTA. Isto poderá me qualificar para uma dedução de renda e aumento dos meus benefícios SNAP.

Entendo que ao assinar abaixo, todos os membros do meu domicílio entre as idades de 16 e 59 anos estão automaticamente registrados e matriculados no Programa SNAP de Emprego e Treinamento (SNAP/E&T- na sigla em inglês). A matrícula automática no SNAP/E&T permite que os membros do domicílio acessem facilmente os serviços SNAP/E&T. Membros não isentos do domicílio serão notificados sobre os requerimentos de trabalho, receberão explicações sobre isenções e penalidades em caso de não conformidade e serão encaminhados para uma atividade de emprego, se apropriado.

Ao assinar este formulário, autorizo o DTA a verificar e investigar as informações que forneci e que se relacionam com minha qualificação para assistência. Autorizo o DTA a acessar quaisquer registros ou dados e verificar as informações fornecidas neste formulário junto a outras agências, incluindo as agências federais e estaduais, autoridades locais de habitação, departamentos de bem estar de fora do estado, instituições financeiras e à Equifax Workforce Solutions, que fornece ao DTA informações sobre salários. Também autorizo estas agências a fornecer ao DTA informações sobre meu domicílio que se relacionem aos benefícios SNAP.

O Departamento pode negar, interromper ou reduzir seus benefícios com base em informações no relatório da Equifax Workforce Solutions, uma agência especializada em relatórios sobre consumidores. Tenho o direito de receber uma cópia grátis do meu relatório da Equifax se a requisitar dentro de 60 dias da decisão do Departamento. Tenho o direito de questionar se as informações em meu relatório são precisas e completas. Posso entrar em contato com a Equifax em: Equifax Workforce Solutions, 11432 Lackland Road, St. Louis, MO 63146, 1-800-996-7566 (ligações grátis).

Antes de ser aprovado para os benefícios, a situação de imigração poderá ser verificada através dos Serviços Americanos de Cidadania e Imigração (United States Citizenship and Immigration Services) (USCIS – na sigla em inglês), conhecido previamente como INS. Entendo que o DTA poderá enviar informações do meu formulário de candidatura ao SNAP para o USCIS, e que qualquer informação recebida do USCIS poderá afetar a qualificação e a quantidade de benefícios para meu domicílio.

Entendo que ao assinar abaixo também autorizo o DTA a compartilhar informações sobre mim e meus dependentes menores de 19 anos com o Departamento de Ensino Fundamental e Médio (ESE – na sigla em inglês) para que meus dependentes sejam automaticamente inscritos para os programas escolares de café da manhã e almoço. Também autorizo o DTA a compartilhar informações sobre mim, meus dependentes menores de 5 anos e qualquer gestante em meu domicílio com o Departamento de Saúde Pública (DPH – na sigla em inglês) para que estes indivíduos sejam encaminhados para o Programa para Mulheres, Bebês e Crianças [Women, Infants and Children (WIC- na sigla em inglês)] para serviços de nutrição.

Entendo que ao assinar abaixo autorizo o DTA e o Escritório Executivo de Massachusetts de Serviços Humanos e de Saúde (Massachusetts Executive Office of Health and Human Services) a compartilhar informações sobre a minha qualificação para benefícios de assistência pública com as companhias de distribuição de eletricidade, companhias de distribuição de gás e empresas de telecomunicações qualificadas, com relação aos acordos de confidencialidade assinados com essas empresas com o único objetivo de certificar a minha qualificação para descontos nas taxas de serviços de utilidade pública. Autorizo também o DTA a compartilhar minhas informações com o Departamento de Desenvolvimento de Habitação e Comunidade (DHCD – na sigla em inglês) com o objetivo de me inscrever no Programa Aquecer e Alimentar (Heat & Eat Program).

Entendo que receberei uma cópia da brochura “Your Right to Know” (Seu Direito de Saber), assim como da brochura do Programa SNAP, as quais devo ler, ou pedir que alguém as leia para mim e que devo compreender seus conteúdos e meus direitos e responsabilidades. Se eu tiver dúvidas sobre as brochuras ou quaisquer dessas informações, ou se eu tiver dificuldades em ler ou entender qualquer uma das informações, entrarei em contato com o DTA pelo número 1-877-382-2363.

Também juro que todos os membros do meu domicílio SNAP que estão requisitando os benefícios SNAP são ou cidadãos dos EUA ou não cidadãos com situação satisfatória de imigração.

### **Direito a Registro como Eleitor**

Entendo que tenho o direito a me registrar no DTA para votar. Entendo que, se eu quiser ajuda, o DTA me ajudará a preencher o formulário de candidatura ao registro de eleitor e que posso preencher privadamente o formulário de candidatura de registro como eleitor.

Entendo que me candidatar ao registro ou recusar o registro como eleitor não afetará a quantidade de ajuda que receberei do DTA.

### **Aviso de Penalidade do SNAP**

Entendo que se eu ou qualquer membro do meu domicílio SNAP violar intencionalmente qualquer uma das regras descritas abaixo, essa pessoa pode ser barrada do SNAP por *um ano* após a primeira violação, *dois anos* após a segunda violação e *permanentemente* após a terceira violação. A pessoa pode ser proibida de receber benefícios do SNAP por um período que pode ir de um ano até permanentemente, multada em até US\$ 250.000, presa até 20 anos ou ambos. Ela também pode estar sujeita a ser processada no âmbito de outras leis federais e estaduais aplicáveis, além de poder ser proibida de receber benefícios do SNAP durante um período adicional de 18 meses se assim for ordenado por tribunal. As regras são as seguintes:

- Não fornecer informações falsas ou omitir informações para receber os benefícios SNAP.
- Não comercializar ou vender os benefícios SNAP.
- Não alterar os cartões EBT a fim de obter benefícios SNAP aos quais você não tem direito.
- Não utilizar os benefícios SNAP para comprar itens que não se qualificam, tais como bebidas alcoólicas e tabaco.
- Não usar os benefícios SNAP ou cartões EBT de outras pessoas, exceto se você for um representante autorizado.

Entendo também as seguintes penalidades:

- Indivíduos que cometerem uma Violação Intencional do Programa do **programa dinheiro vivo (IPV – na sigla em inglês)** que seja confirmada em uma Audiência Administrativa de Desqualificação (ADH – na sigla em inglês), serão barrados do SNAP pelo mesmo período em que forem barrados da assistência em dinheiro vivo.
- Indivíduos que fizerem uma declaração ou representação fraudulenta sobre a sua identidade ou local de residência para receber múltiplos benefícios SNAP *simultaneamente* serão barrados do SNAP por *dez anos*.
- Indivíduos que trocarem (comprando ou vendendo) benefícios SNAP por uma substância/droga ilegal, serão barrados do SNAP por um período de *dois anos* na primeira condenação, e *permanentemente* na segunda condenação.
- Indivíduos que trocarem (comprando ou vendendo) benefícios SNAP por armas de fogo, munições ou explosivos serão barrados do SNAP *permanentemente*.
- Indivíduos que trocarem (comprando ou vendendo) benefícios SNAP que tenham um valor de \$500 ou mais, serão barrados do SNAP *permanentemente*.
- O Estado poderá processar por IPV um indivíduo que faça uma oferta para vender online ou em pessoa benefícios do SNAP ou um cartão do EBT.
- Indivíduos que estejam em fuga para evitar um processo legal, custódia ou prisão após serem condenados por um crime, ou que estejam em violação de sua liberdade condicional, *não se qualificam* para participar do SNAP.

- Indivíduos que sem uma boa justificativa não cumprirem com os Requisitos de Trabalho do SNAP serão desqualificados do SNAP por um período de *três meses* na primeira condenação, *seis meses* na segunda condenação e *doze meses* na terceira condenação. Se o indivíduo que não cumpriu com os requisitos pela terceira vez for o chefe do domicílio SNAP, *todo* o domicílio será desqualificado da participação do SNAP por um período de *seis meses*.
- Não é permitido pagar por alimentos comprados a crédito e isso poderá resultar em desqualificação do SNAP.
- Indivíduos não podem comprar produtos com os benefícios SNAP com o objetivo de descartar o conteúdo e devolver os recipientes em troca de dinheiro.

### Direito a um Intérprete

Entendo que tenho direito a um intérprete fornecido pelo DTA se nenhum adulto em meu domicílio SNAP souber falar ou entender inglês. Entendo também que posso ter um intérprete em todas as audiências justas do DTA ou trazer meu próprio intérprete. Se eu precisar de um intérprete para uma audiência, devo telefonar para a Divisão de Audiências com pelo menos uma semana de antecedência da data da audiência.

### Declaração de Não Discriminação

O Departamento de Agricultura dos EUA (USDA – na sigla em inglês) proíbe a discriminação contra seus clientes, funcionários e candidatos a emprego com base em raça, cor, origem nacional, idade, deficiência, sexo, identidade sexual, religião, represália e, onde aplicável, convicções políticas, estado civil, estado de paternidade ou familiar, orientação sexual, ou toda ou parte da renda de um indivíduo derivada de qualquer programa de assistência pública, ou informações genéticas protegidas para emprego ou para qualquer programa ou atividade realizado ou financiado pelo Departamento. (Nem todas as bases de proibição aplicam-se a todos os programas e/ou atividades empregatícias.)

Caso queira registrar uma queixa de discriminação do programa de Direitos Civis, preencha o Formulário de Queixa do Programa de Discriminação do USDA, disponível online em [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), ou em qualquer dos escritórios do USDA, ou ligue para 1 (866) 632-9992 para solicitar o formulário. Você pode também mandar uma carta contendo todas as informações solicitadas no formulário. Envie o formulário preenchido ou carta para nós pelo correio para o U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, por fax 1 (202) 690-7442 ou e-mail no [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Indivíduos surdos, com deficiência auditiva ou com deficiência da fala podem entrar em contato com o USDA através do Federal Relay Service no número 1 (800) 877-8339; ou 1 (800) 845-6136 (Espanhol).

Para quaisquer outras informações relacionadas a assuntos do Programa de Assistência de Alimentação Suplementar (Supplemental Nutrition Assistance Program) (SNAP – na sigla em inglês), as pessoas devem contatar o Número da Hotline do USDA SNAP 1 (800) 221-5689, que também é em espanhol, ou ligar para os Números da Hotline das Informações do Estado ou ligar para (clique no link para uma lista dos números de hotline por Estado), que pode ser encontrado online em [http://www.fns.usda.gov/snap/contact\\_info/hotlines.htm](http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm)

O USDA é um empregador e um provedor de oportunidades iguais.

A lei de Massachusetts também proíbe a discriminação, incluindo a discriminação com base em ancestrais. Para registrar uma queixa em Massachusetts contate:

Massachusetts Commission Against Discrimination (Comissão de Massachusetts Contra a Discriminação), One Ashburton Place, Sixth Floor, Room 601, Boston, MA 02108; Telefone: 1 (617) 994-6000; TTY: 1 (617) 994-6196.



**ASSINATURA DO CANDIDATO:** Ao assinar este formulário, certifico, por meio deste, sob pena de perjúrio, que li (ou que alguém leu para mim) e que entendo e concordo com os “Direitos e Responsabilidades”, e que as respostas neste formulário e em quaisquer documentos adicionais que eu forneça ao Departamento no futuro são precisas e completas de acordo com meu melhor conhecimento. Li os Avisos sobre Penalidades do SNAP em meu idioma primário, alguém os leu para mim ou os interpretou para mim. Certifico também que todos os membros do meu domicílio SNAP que estão solicitando os benefícios SNAP são ou cidadãos dos EUA ou não cidadãos com situação satisfatória de imigração.

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

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