



Massachusetts Department of Transitional Assistance

BENEFÍCIOS DO SNAP (*anteriormente "Food Stamps"*) 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, por favor preencha este formulário e envie-o para nós. Deve enviar o formulário pelo correio, por fax ou entregá-lo em mão no Escritório do Departamento de Assistência Transitória que atende a sua cidade ou vila. Se você não tem a certeza da localização do escritório, telefone para **1-866-950-FOOD** ou visite o nosso website em **www.mass.gov/dta**.

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 5**. 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. Se for elegível, os seus benefícios do SNAP começarão na data em que recebermos o seu pedido.

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 realizar-se-á ou no escritório onde entregou o seu pedido ou pelo 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 DO SNAP DENTRO DE SETE DIAS SE:

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

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 usar os seus benefícios do SNAP, ser-lhe-á entregue um cartão de Bay State Access que usará como se fosse um cartão de crédito ou de ATM. A sua privacidade é importante e usar o cartão de Bay State Access ajuda a manter essa privacidade. Pode usar o seu cartão de Bay State Access em mercearias, pequenos supermercados, 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:** Hipoteca, impostos, seguro residencial de propriedade ou facturas de serviços de utilidade pública, recibo de aluguer ou arrendamento. Se estiver em situação de sem abrigo, um contacto colateral, o registo de um veículo automóvel, uma declaração de um abrigo/albergue ou de uma pessoa com quem esteja a habitar temporariamente.
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 médicas:** Se você ou alguém que faça parte do seu agregado familiar tenha 60 anos ou mais ou tenha uma incapacidade comprovada, o valor das suas despesas médicas pagas directamente pode comprovar-se através dos recibos de co-pagamentos ou de prémios do seguro médico, dentaduras postiças, óculos, pilhas para aparelhos auditivos, medicamentos sujeitos a receita médica, analgésicos receitados pelo médico, medicamentos sem receita médica e transporte para poder deslocar-se aos serviços médicos.
4. **Despesas com cuidados infantis ou com cuidados prestados a um adulto dependente:** O montante que paga pelas despesas com os cuidados prestados a dependentes pode comprovar-se através de uma declaração escrita do prestador de cuidados ao seu dependente, ou de um cheque cancelado ou vale postal pago ao prestador de cuidados ao dependente.

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**
(anteriormente "Food Stamps")**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) Nome à nascença Nome de solteira Nome de casada Nome de casamento anterior 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) Casado/a Nunca se casou Divorciado/a Separado/a Viúvo/a

Qual é o seu idioma preferido?

A sua **etnicidade/raça**: 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.**Etnicidade:** Hispânico ou Latino sim não**Raça:** (assinale as caixas que lhe sejam aplicáveis)

-
- Índio americano ou nativo do Alasca
-
- Asiático
-
- Negro ou afro-americano
-
-
- Nativo do Havai ou de outras ilhas do Pacífico
-
- Branco

Tem uma situação especial? (Assinale todas as caixas que lhe sejam aplicáveis).

-
- Insuficiência física/mental
-
- Insuficiência auditiva
-
- Insuficiência visual
-
-
- Necessita de intérprete
-
- Necessita de linguagem de sinais
-
- Outra _____

2. Informações sobre onde vive (Responda aos dados pedidos em todas as caixas).

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.

O(s) seu(s) número(s) de telefone **durante o dia**

(_____) _____ - _____ (_____) _____ - _____

Uma boa hora do dia para comunicar consigo pelo telefone: Hora: _____
Circule tudo o que lhe é aplicável: Segunda Terça Quarta Quinta Sexta**Tipo de habitação** em que vive

-
- Habitação privada
-
- Habitação pública
-
- Pensão comercial
-
-
- Habitação transitória
-
- Instalação residencial
-
- Habitação fornecida pelo empregador
-
-
- Programa de habitação para adolescentes
-
- Acampamento de trabalhador migrante
-
- Abrigo

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 autorizadoDeseja dar a esta pessoa autorização para solicitar os benefícios do SNAP por si? sim 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.

- Idoso(a)/incapacitado(a) Problemas de transporte Trabalho durante as horas de expediente do DTA
 Cuidado de crianças / Cuidado de pessoa incapacitada em sua casa Outro _____

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.

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? sim 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 **NÃO** solicitar benefícios do SNAP:

2. Assinale aqui se todas as pessoas decidem fazer o pedido:

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	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		

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		

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 adoção** 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 **registrar-se para votar**? sim não
Se respondeu **sim**, quem deseja registrar-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? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> 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/Hipoteca	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	Montante de aluguer/hipoteca por mês \$ _____
Impostos sobre a propriedade	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	
Outro	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	

22. Despesas com serviços de utilidade pública		
Que tipo de despesas com serviços de utilidade pública paga separadamente do seu aluguer?		
Despesas com aquecimento (gás, petróleo ou electricidade) e/ou ar condicionado	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
Qualquer outra despesa com serviço de utilidade pública (que não inclua aquecimento/ar condicionado)	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
Unicamente um telefone, inclusive telemóvel	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
Recebeu ou pensa que receberá benefícios de Ajuda com Combustível (Fuel Assistance)?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não

AVISO SOBRE DIREITOS, RESPONSABILIDADES E MULTAS (POR FAVOR, LEIA ATENTAMENTE)

Certifico sob pena de perjúrio que li, ou que me foram lidas, as informações contidas neste pedido e que as minhas respostas às perguntas feitas no pedido são verdadeiras e completas tanto quanto é do meu conhecimento. Também certifico sob pena de perjúrio que as minhas respostas em qualquer suplemento que possa completar futuramente serão verdadeiras e completas tanto quanto é do meu conhecimento. Compreendo que prestar declarações falsas ou errôneas ou que alterem, ocultem ou retenham factos, quer verbalmente ou por escrito, para estabelecer a elegibilidade para o Programa de Assistência Nutricional Suplementar (Supplemental Nutrition Assistance Program - SNAP) constitui uma fraude; uma Violação Intencional do Programa e é punível com multas civis e criminais.

Compreendo que o Departamento de Assistência Transitória (Department of Transitional Assistance - DTA) administra o SNAP. Compreendo que devo informar o DTA sobre qualquer modificação referente aos rendimentos do meu agregado familiar, direcção, situação de habitação, número de familiares, emprego ou quaisquer outras modificações do meu agregado familiar do SNAP que possam afectar a nossa elegibilidade. Compreendo que devo comunicar estas informações ao DTA em pessoa, por escrito ou pelo telefone **dentro de 10 dias após ter ocorrido a modificação**, a menos que o DTA me permita comunicar as modificações ao abrigo das regras bienais de comunicação de informações do SNAP.

Compreendo que, para os benefícios do SNAP, para receber uma dedução por despesas devidas a cuidados prestados a um dependente, pagamentos de renda ou de hipoteca, despesas referentes a serviços de utilidade pública ou a abrigo e despesas médicas, devo informar e fornecer comprovativos ao DTA. Não informar nem comprovar as despesas acima indicadas pode significar que receberei menos benefícios do SNAP cada mês e será considerado como minha declaração que o agregado familiar não deseja receber uma dedução pelas despesas não comunicadas ou não comprovadas.

Compreendo que todos os membros do agregado familiar, entre as idades de 16 a 59 anos são automaticamente registados para emprego e inscritos no Programa de Emprego e Treinamento do SNAP (SNAP Employment and Training Program - SNAP E&T). A inscrição automática no SNAP E&T permite aos membros do agregado familiar aceder facilmente aos serviços do SNAP E&T. Os membros do agregado familiar não isentos serão notificados sobre requisitos laborais, ser-lhes-ão explicadas as isenções e as multas devido a falta de cumprimento e serão encaminhados para uma actividade laboral, caso seja apropriado.

Dou autorização ao DTA para verificar e investigar as informações que prestei relacionadas com a minha elegibilidade para obter assistência. Dou autorização ao DTA para obter quaisquer registos ou dados e para verificar as informações dadas neste pedido com outras agências, incluindo agências federais e estaduais, autoridades de habitação locais, departamentos de assistência social fora do estado e instituições financeiras. Também dou autorização a estas agências para dar informações ao DTA sobre o meu agregado familiar que se refira aos meus benefícios do SNAP.

Compreendo que também dou autorização ao DTA para partilhar informações sobre mim e os meus dependentes com menos de 19 anos de idade com o Departamento de Educação (Department of Education - DOE) para que os meus dependentes sejam automaticamente aprovados para os programas de pequeno-almoço e almoço na escola. Também dou autorização ao DTA para partilhar informações sobre mim e os meus dependentes com menos de 5 anos de idade e sobre qualquer pessoa que esteja grávida no meu agregado familiar com o Departamento de Saúde Pública (Department of Public Health - DPH) para que estas pessoas sejam encaminhadas para o Programa de Mulheres, Bebés e Crianças (Women, Infants and Children - WIC) para obterem serviços nutricionais.

Compreendo que autorizo o DTA e o Gabinete Executivo de Saúde e Serviços Humanos de Massachusetts para partilhar informações sobre a minha elegibilidade para benefícios de assistência pública com as companhias de distribuição de electricidade, gás e companhias de telecomunicações elegíveis segundo os acordos de confidencialidade executados por estas companhias para o único propósito de certificar a minha elegibilidade para obter descontos sobre as taxas de serviços de utilidade pública. Também autorizo o DTA a partilhar as minhas informações com o Departamento de Habitação e Desenvolvimento Comunitário (Department of Housing and Community Development - DHCD) a fim de inscrever-me no Programa "Heat & Eat" (Aquecer e Comer).

Compreendo que receberei uma cópia do folheto intitulado "Your Right to Know" (Direito de Saber) e do folheto do SNAP, que devo ler ou ter alguém que os leia para mim e que devo compreender o seu conteúdo e os meus direitos e responsabilidades. Se eu tiver alguma pergunta(s) sobre os folhetos ou sobre qualquer parte destas informações, falarei com o meu administrador de casos.

Também posso telefonar para os Serviços para o Beneficiário (Recipient Services) para o número 1-800-445-6604 se tiver dificuldade em ler ou compreender algo referente a estas informações.

Aviso sobre Multas do SNAP

Compreendo que se eu ou algum membro do meu agregado familiar com SNAP violar intencionalmente qualquer uma das regras indicadas a seguir, essa pessoa será excluída do SNAP durante **um ano** depois da primeira violação, **dois anos** depois da segunda violação e **permanentemente** depois da terceira violação. A pessoa também poderá enfrentar uma acção judicial criminal ao abrigo das leis federais e estaduais aplicáveis com multas de até \$ 250.000, encarceramento durante até 25 anos, ou ambos. Estas regras são:

- Não preste informações falsas nem oculte informações para obter benefícios do SNAP.
- Não negocie nem venda os benefícios do SNAP.
- Não altere os cartões de EBT para obter benefícios do SNAP que não lhe compete receber.
- Não use os benefícios do SNAP para comprar artigos não elegíveis, tais como bebidas alcoólicas e tabaco.
- Não use os benefícios do SNAP nem o cartão de EBT de outra pessoa, a menos que seja um representante autorizado.

Também compreendo as seguintes multas:

- As pessoas que cometem uma violação do **programa de dinheiro** que seja confirmado numa Audiência de Desqualificação Administrativa serão excluídas do SNAP durante o mesmo período em que a pessoa esteja excluída da assistência com dinheiro.
- As pessoas que façam uma declaração ou representação fraudulenta sobre a sua identidade ou local de residência para receber múltiplos benefícios do SNAP *simultaneamente*, serão excluídas do SNAP durante **dez anos**.
- As pessoas que negociem (comprem ou vendam) benefícios do SNAP por uma substância controlada/droga ilícita, serão excluídas do SNAP durante um período de **dois anos** na primeira constatação e **permanentemente** na segunda constatação.
- As pessoas que negociem (comprem ou vendam) benefícios do SNAP por armas de fogo, munição ou explosivos, serão excluídas do SNAP **permanentemente**.
- As pessoas que negociem (comprem ou vendam) benefícios do SNAP por um valor de \$ 500 ou mais, serão excluídas do SNAP **permanentemente**.
- As pessoas que estão a escapar para evitar uma acção judicial, detenção ou prisão após serem acusados de um crime grave ou que estão a violar a condição de liberdade condicional ou sob palavra, *não são elegíveis* para participar no SNAP.
- As pessoas que não cumprirem os Requisitos Laborais do SNAP, sem uma boa causa, serão desqualificadas do SNAP durante um período de **três meses** na primeira constatação, **seis meses** na segunda constatação e **doze meses** na terceira constatação. Se a pessoa constatada que não cumpriu pela terceira vez é a cabeça do agregado familiar com o SNAP, *todo* o agregado familiar será inelegível para participar no SNAP durante um período de **seis meses**.

Direito aos serviços de um intérprete

Compreendo que tenho direito a obter os serviços de um intérprete proporcionado pelo DTA se nenhum adulto do meu agregado familiar pertencente ao SNAP for capaz de falar ou compreender inglês. Também compreendo que posso obter um intérprete para qualquer audiência de apreciação justa do DTA ou trazer o meu próprio intérprete. Se precisar de um intérprete para uma audiência de apreciação justa, devo telefonar para a Divisão de Audiências (Division of Hearings), pelo menos uma semana antes da data da audiência.

DECLARAÇÃO DE NÃO DISCRIMINAÇÃO

Em conformidade com a lei Federal e com as normas do Departamento de Agricultura dos Estados Unidos (U.S. Department of Agriculture - USDA), esta instituição está proibida de discriminar com base na raça, cor, nacionalidade de origem, sexo, idade, religião, convicções políticas ou incapacidade.

Para apresentar uma queixa de discriminação, escreva ao director do USDA e envie a correspondência para USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, ou telefone para (202) 720-5964 (voz e TDD). Também pode contactar a Comissão de Massachusetts contra a Discriminação (Massachusetts Commission Against Discrimination - MCAD) ou o Gabinete de Diversidade, Igualdade de Oportunidades e Direitos Cívicos (Office of Diversity, Equal Opportunity and Civil Rights) (consulte o folheto Your Right to Know (Direito de Saber) para obter mais informações). O USDA é um provedor e empregador com igualdade de oportunidades.



ASSINATURA DO REQUERENTE: Ao assinar este pedido, pelo presente certifico sob pena de perjúrio que li (ou que me leram) e compreendo e estou de acordo com os “Direitos e Responsabilidades” e que as respostas dadas neste pedido e em qualquer documento adicional que eu forneça ao Departamento futuramente são exactas e completas tanto quanto é do meu conhecimento. Li o Aviso sobre Multas do SNAP na minha língua materna, leram-me o texto para eu ouvir, ou um intérprete interpretou o texto para mim. Também certifico que todas as pessoas que pertencem ao meu agregado familiar do SNAP que solicitem benefícios do SNAP são cidadãos dos Estados Unidos ou estrangeiros com estatuto de emigrante satisfatório.

Assinatura do requerente: _____

Data: ____/____/____