



Pennsylvania
Department of Human Services

Requerimento de benefícios da Pensilvânia

Este é um requerimento de benefícios em dinheiro, assistência médica e do Programa de Assistência Nutricional Suplementar (SNAP). Se precisar dele em outro idioma ou de alguém para compreendê-lo, entre em contato com o escritório de assistência do condado local. A assistência linguística será fornecida gratuitamente.

Esta es una solicitud de beneficios en efectivo, beneficios de atención médica y del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP). Si necesita esta solicitud en otro idioma o un intérprete, comuníquese con la oficina de asistencia de su condado. La asistencia lingüística se proporcionará de forma gratuita.

Đây là đơn xin hưởng các khoản tiền phúc lợi, bảo hiểm y tế và Chương Trình Trợ Cấp Dinh Dưỡng Bổ Sung (SNAP). Nếu bạn cần đơn này bằng ngôn ngữ khác hay cần thông dịch viên thì vui lòng liên hệ với văn phòng hỗ trợ quận tại địa phương mình. Hỗ trợ ngôn ngữ sẽ được cung cấp miễn phí.

此为现金、医疗和补充营养援助计划 (SNAP) 福利申请表。如需其他语言版本或口头翻译, 请联系当地的县援助办公室。免费获取语言协助。

В этом приложении будут содержаться данные о ваших денежных пособиях, льготах по медицинскому обслуживанию и пособиях по программе «Программа дополнительной продовольственной помощи» (SNAP). Если вы хотите переключить язык приложения или вам требуются услуги перевода, обратитесь в окружное отделение социальной помощи по месту жительства. Языковые услуги предоставляются бесплатно.

នេះគឺជាពាក្យស្នើសុំប្រាក់ ទំហោសុខភាព និងអត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធីជំនួយអាហារូបត្ថម្ភបន្ថែម (SNAP) ។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការដាក់ពាក្យសុំជាភាសាផ្សេង ឬត្រូវការអ្នកបកប្រែ សូមទាក់ទងការិយាល័យជំនួយខោនធីរបស់អ្នក ។ អ្នកនឹងទទួលបានជំនួយបកប្រែភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ ។

للمقاطعة الخاصة بك، وسيتم توفير المساعدة اللغوية مجاناً. هذا تطبيق مخصص للمستحقات النقدية، الرعاية الصحية وميزات برنامج مساعدات التغذية التكميلية (SNAP). إذا كنت تريد تصفح هذا التطبيق بلغة أخرى أو كنت تريد مترجماً فوراً، فالرجاء الاتصال بمكتب المساعدة المحلي التابع

Se você portador de alguma deficiência e precisar deste formulário em letras grandes ou em outro formato, entre em contato com a nossa linha de apoio pelo telefone: **1-800-692-7462**.

Pessoas surdas, com deficiência auditiva ou de fala e que desejam se comunicar com a linha de apoio podem ligar para os Serviços de retransmissão de PA discando: **711**.



COMPASS
CLICK. APPLY. BENEFIT.

Você pode enviar o requerimento pelo site: www.compass.state.pa.us.



Segurança da família: Informações sobre violência doméstica, estupro e seus benefícios do TANF.

Pode ser muito difícil reconhecer que você, ou alguém próximo, esteja sofrendo abusos em um relacionamento ou na família.

A violência doméstica é um padrão de comportamento abusivo em qualquer relacionamento, usado por uma pessoa para obter ou manter o poder e o controle sobre a outra em um relacionamento íntimo ou familiar. Pode ser física, sexual, emocional ou psicológica. Envolve comportamentos que intimidam, manipulam, humilham, isolam, amedrontam, aterrorizam, coagem, ameaçam, culpam, machucam ou ferem alguém. Também pode consistir em controle e limitação de acesso a finanças ou redes sociais.

Exemplos de comportamento abusivo incluem, mas não se limitam a:

- abuso físico
- abuso emocional
- abuso psicológico
- abuso sexual
- estupro
- assédio sexual
- perseguição
- abuso financeiro
- abuso tecnológico

Se você for ou tiver sido vítima de violência doméstica, assédio sexual, abuso sexual, estupro ou perseguição e estiver em risco de sofrer mais violência, assédio, abuso, agressão ou perseguição, o coordenador do caso poderá isentá-lo dos requisitos do programa de assistência financeira. Às vezes, as pessoas não conseguem cumprir com os requisitos da assistência financeira por temerem que elas ou seus filhos sofram abusos.

Os requisitos do programa incluem:

- Cooperação em relação a pensão alimentícia para filhos ou cônjuge
- Participação no trabalho (RESET)
- Requisitos de verificação
- Prazos
- Exigências de que pais adolescentes morem na residência
- Outros requisitos, conforme o caso

Se você precisar ser isentado dos requisitos de assistência financeira devido a violência doméstica, informe ao coordenador do seu caso.

Ele poderá:

- **Falar** com você se quiser conversar. Você pode pedir para conversar em particular. Ele e a equipe manterão suas informações pessoais em sigilo.
- **Ajudá-lo(a)** a encontrar programas locais para obter aconselhamento, planejamento de segurança, abrigo, serviços jurídicos e outras assistências.
- **Ajudá-lo(a)** a entender as normas ao solicitar assistência financeira e como elas o(a) afetariam.

**Coalizão da Pensilvânia contra a Violência Doméstica (PCADV), <https://www.pcadv.org>
1-800-932-4632 (na Pensilvânia) 303-839-1852 (Nacional)**

O estupro, a violência sexual ou o assédio sexual não se limitam a um relacionamento íntimo. Pode ocorrer no local de trabalho, em um ambiente educacional ou público em geral e ser cometido por um estranho. Para obter informações sobre estupro e violência sexual, entre em contato com:

Coalizão da Pensilvânia para Promover o Respeito (PCAR)

<https://pcar.org>

1-888-772-7227 (dentro da Pensilvânia)

PA CareerLink® - Informações importantes

O PA CareerLink® é um programa do Pennsylvania Department of Labor and Industry (Departamento de Trabalho e Indústria da Pensilvânia) para ajudar os candidatos a encontrar um trabalho. A equipe deste departamento conhece as condições atuais do mercado de trabalho e pode fornecer informações e recursos para auxiliar na busca de emprego.

Recomenda-se que você se inscreva no PA CareerLink® para começar. Você pode se inscrever no PA CareerLink® no site: www.pacareerlink.pa.gov/.





A Pensilvânia recebe informações de outras agências estaduais e federais para verificar as informações fornecidas. Se você apresentar informações falsas, ocultar ou reter fatos que possam afetar sua elegibilidade aos benefícios, poderá ser obrigado a reembolsar o valor dos benefícios recebidos e poderá ser processado e desqualificado para benefícios futuros.



COMPASS
CLICK. APPLY. BENEFIT.

Você pode enviar o requerimento pelo site: www.compass.state.pa.us.

É fácil solicitar!

1. Preencha este formulário.
2. Assine e coloque a data na página 1 e na página 15.
3. Leve pessoalmente, envie-o por fax ou correio ao Escritório de assistência do condado (CAO).

Você tem interesse em outros serviços?

Marque a caixa se tiver interesse em obter informações sobre qualquer um desses outros serviços:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Renda de segurança suplementar (SSI) | <input type="checkbox"/> Clínica Well Baby | <input type="checkbox"/> Creche |
| <input type="checkbox"/> Serviços para deficientes intelectuais | <input type="checkbox"/> Vacinas | <input type="checkbox"/> Head Start (para crianças de 3 a 6 anos) |
| <input type="checkbox"/> LIHEAP (assistência de energia) | <input type="checkbox"/> Serviços para veteranos | <input type="checkbox"/> Serviços de apoio infantil |
| <input type="checkbox"/> Bancos de alimentos | <input type="checkbox"/> Emprego e formação | <input type="checkbox"/> Planejamento familiar/controle de natalidade |
| <input type="checkbox"/> Refeições escolares (gratuitas ou a baixo custo) | <input type="checkbox"/> Reabilitação profissional | <input type="checkbox"/> Lifeline (serviço telefônico de custo reduzido) |
| <input type="checkbox"/> Tratamento de longo prazo (assistência domiciliar) | <input type="checkbox"/> Assistência à moradia | <input type="checkbox"/> WIC (Mulheres, bebês e crianças) |
| <input type="checkbox"/> Serviços domiciliares e comunitários (serviços isentos) | | |
| <input type="checkbox"/> Subsídios especiais para emprego e formação, como ferramentas | <input type="checkbox"/> Outro: _____ | |

Dúvidas?

Ligue para o Escritório de assistência do seu condado ou para a nossa CENTRAL DE ATENDIMENTO pelo número de telefone: **1-877-395-8930**.
Na Filadélfia, ligue para **1-215-560-7226**.

Estamos aqui para ajudá-lo. Entre em contato de segunda-feira a sexta-feira, das 8h30 às 17h. Os serviços de TDD estão disponíveis ao ligar para os Serviços de retransmissão de PA pelo número **711**.

Use exclusivo de profissionais de saúde / Medical Providers Use Only

PROVIDER NAME	PROVIDER NUMBER	<input type="checkbox"/> EMERGENCY
---------------	-----------------	------------------------------------

Use exclusivo do CAO / CAO Use Only

APPLICATION REGISTRATION NUMBER	CASELOAD	COUNTY	DISTRICT	RECORD NUMBER	DATE STAMP
---------------------------------	----------	--------	----------	---------------	------------

SNAP expresso!

Obtenha os benefícios do SNAP agora!

(O SNAP era conhecido anteriormente como Programa de vale-refeição).

- **Seu domicílio possui \$100 ou menos em dinheiro e em contas bancárias e espera receber menos de \$150 de renda este mês?**
- **Você é um trabalhador rural migrante ou temporário?**
- **Sua renda bruta mensal, suas reservas em dinheiro e em contas bancárias são menores do que o aluguel/hipoteca e os custos com serviços públicos este mês?**

Se a resposta a qualquer uma dessas perguntas for sim, você pode ter direito a benefícios agilizados do SNAP.

Isso significa que você pode receber os benefícios do SNAP em até 5 (cinco) dias corridos a partir da data em que fizer a solicitação.

Para obter mais informações, entre em contato com o Escritório de assistência do condado local.

Solicite os benefícios do SNAP hoje mesmo!

Você pode fazer a solicitação ainda hoje, a qualquer hora, antes das 17h. O funcionário do Escritório de assistência do condado deve carimbar a data da sua solicitação enquanto aguarda.

Se os benefícios agilizados do SNAP forem indeferidos, você tem direito a uma reunião com um supervisor do Escritório de assistência do condado em até dois dias úteis. Se achar que seus direitos ou serviços foram negados, ou se este escritório não aceitar seu requerimento ao entregá-lo, nem carimbá-lo com a data enquanto aguarda, peça para falar com um supervisor ou ligue gratuitamente para a Linha de apoio pelo telefone: 1-800-692-7462.

Você pode obter assistência jurídica gratuita no escritório local de serviços jurídicos.



Como começar

Qual benefício deseja solicitar?

Assistência financeira Cobertura de assistência médica SNAP (Programa de Assistência Nutricional Suplementar)

What language do you prefer?/ Qual é o idioma de sua preferência? English/Inglês Spanish/Espanhol Other/Outro (specify/especifique) _____

Do you need an interpreter?/ Você precisa de um intérprete? Yes/Sim No/Não If yes, what language?/ Se sim, em qual idioma? _____

Evite o desperdício de papel! Gostaria de receber suas notificações pela Internet?
Acesse www.compass.state.pa.us e abra uma conta no MyCOMPASS.

- Podemos iniciar seu requerimento assim que inserir seu nome e endereço, assinar e devolvê-lo.
- Recomendamos que responda o máximo possível de perguntas, a menos que as instruções afirmem que as respostas são opcionais. Quanto mais informações completas tivermos, mais rápido poderemos processar seu requerimento.
- Se você for elegível, os benefícios do SNAP começarão a partir da data em que recebermos sua solicitação. Nós lhe informaremos sobre sua elegibilidade em 30 dias.

▶ **IMPORTANTE:** Todas as pessoas que se inscreverem devem fornecer ou solicitar um Número de Seguro Social (SSN) e responder às perguntas sobre cidadania. O fornecimento de um SSN é opcional para indivíduos que não estejam solicitando benefícios, mas pode acelerar o processo do requerimento. Usamos os SSNs para verificar a renda e outras informações de elegibilidade para receber auxílio com os custos de cobertura de assistência médica. Se alguém precisar de assistência para obter um SSN, ligue para o número de telefone: 1-800-772-1213 ou acesse: www.ssa.gov. Os usuários de TTY devem ligar para o número: 1-800-325-0778.

Observação: Se você não for cidadão e estiver solicitando apenas Serviços médicos de emergência, não precisará fornecer informações sobre seu status de imigração, nem solicitar ou fornecer um SSN.

Conte-nos sobre você, requerente: Precisaremos entrar em contato com um adulto/pai/mãe/cuidador.

Nome (inclua o nome, a inicial do meio, o sobrenome e o sufixo - Jr./Sr./etc.):

Endereço residencial (inclua a rua, o número do apartamento, a cidade, o estado e o CEP+4)

Distrito escolar:

Cidade ou município:

Há quanto tempo você mora nesse endereço?

Número de telefone:

()

Tipo de telefone:

Residencial Comercial Celular

Segundo telefone:

()

Tipo de telefone:

Residencial Comercial Celular

Marque aqui se você não tiver um endereço residencial. Você ainda precisará fornecer um endereço para correspondência.

Endereço para correspondência (se diferente do endereço residencial):

SNAP expresso: Você pode obter o benefício SNAP em 5 dias! Responda a estas perguntas, assine este requerimento e entregue-o ao Escritório de assistência de seu condado até às 17h de hoje! O Escritório marcará uma entrevista com você.

Renda mensal total, sua e de qualquer pessoa para qual esteja requerendo, antes da dedução de impostos:
\$

Você, ou alguém para quem está requerendo, já recebe o SNAP?

Sim Não

Você paga por outros serviços públicos além de telefone?

Sim Não

Se sim, por quais serviços públicos?

Total de recursos (recursos em espécie (dinheiro), contas correntes e poupanças):
\$

Você paga por serviços telefônicos?

Sim Não

Você, ou alguém para quem está requerendo, é um trabalhador rural temporário ou migrante?

Sim Não

Total mensal de seu aluguel ou hipoteca e de qualquer pessoa para qual esteja requerendo:
\$

Você paga pelo aquecimento ou ar condicionado?

Sim Não

Você, ou alguém para quem está requerendo, vive em um abrigo para mulheres e crianças vítimas de abuso ou maus-tratos?

Sim Não

Assine aqui:

X

Sua assinatura ou a de seu representante

Data



Informe-nos sobre as pessoas de sua casa:

Precisamos coletar informações sobre todas as pessoas que moram em sua residência, mesmo que não estejam solicitando benefícios. **Para requerentes de assistência médica, certifique-se de incluir todos em sua declaração de imposto de renda federal, mesmo que não morem com você.**

Observação: Você não precisa apresentar uma declaração de imposto de renda para obter benefícios.

Indivíduo 1 (comece por você)				CAO Use Only Line #:	
Nome (inclua o primeiro, a inicial do meio, o sobrenome, o sufixo - Jr./Sr./etc.)			Você está solicitando para si mesmo? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Número de Seguro Social:
Data de nascimento (MM/DD/AAAA):	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Carteira de habilitação ou número de identificação estadual, se tiver:	Estado civil ▶ <input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a)	<input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a)	<input type="checkbox"/> Casado(a)
Você está estudando? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, qual série?	Nome da escola:	Estudante em tempo integral? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Você está grávida? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, qual é data prevista do parto?		Você espera quantos bebês?		
Responda às perguntas abaixo se estiver solicitando para si mesmo.					
Não é necessário responder a essas perguntas se estiver solicitando apenas o SNAP.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não ▶	Caso não se qualifique para a cobertura completa de Assistência médica, deseja ser avaliado apenas para a cobertura do programa de Serviços de planejamento familiar?			
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não ▶	Se você tiver menos de 21 anos, consideraremos apenas a sua renda na determinação para o programa de Serviços de planejamento familiar. Se desejar ser avaliado para a cobertura completa de Assistência médica, precisaremos avaliar a sua renda familiar, incluindo a renda dos seus pais. Deseja ser avaliado apenas para o programa de Serviços de planejamento familiar e NÃO para a cobertura completa de Assistência médica?			
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não ▶	Independentemente da idade, você teme que as informações que possa receber no seu endereço sobre Serviços de planejamento familiar levem a danos físicos, emocionais ou de outra natureza por parte de seu cônjuge, pais ou outra pessoa? Se sim, você tem outro endereço (além de onde mora) onde gostaria de obter informações sobre Serviços de planejamento familiar?			
Você é cidadão/cidadã dos EUA? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					
Se você não for cidadão/cidadã dos EUA, responda às seguintes perguntas:	Você tem um status de imigração elegível? <input type="checkbox"/> Sim		Se sim, forneça o tipo de documento e o número de identificação:	Tipo de documento:	Número do documento de identificação:
	Você tem um patrocinador? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			Você vive nos EUA desde 1996? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
RAÇA (Opcional) (Marque todas as opções aplicáveis)	<input type="checkbox"/> Negra ou afro-americana <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Nativo do Havaí ou das Ilhas do Pacífico <input type="checkbox"/> Índio americano ou nativo do Alasca (consulte o Anexo A) <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Outra _____				
ETNIA (Opcional)	<input type="checkbox"/> Hispânica ou latina <input type="checkbox"/> Não hispânica ou latina				



Indivíduo 2				CAO Use Only Line #:		
Nome (inclua o primeiro, a inicial do meio, o sobrenome, o sufixo - Jr./Sr./etc.)		Você está solicitando para essa pessoa?		Número de Seguro Social:		
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
Data de nascimento (MM/DD/AAAA):	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Carteira de habilitação ou número de identificação estadual, se essa pessoa tiver:	Estado civil ▶	<input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a)	<input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a)	<input type="checkbox"/> Casado(a)
Qual é o seu parentesco com essa pessoa?	<input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Filho(a) adotivo(a) _____ <input type="checkbox"/> Sem parentesco <input type="checkbox"/> Outro _____			Essa pessoa mora com você? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Essa pessoa está estudando? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, qual série?	Nome da escola:		Estudante em tempo integral? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Essa pessoa está grávida? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Se sim, qual é data prevista do parto?		Ela está esperando quantos bebês?		

Responda às perguntas abaixo se estiver requerendo para essa pessoa.

Não é necessário responder a essas perguntas se estiver solicitando apenas o SNAP.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não ▶	Se não for elegível para a cobertura completa de Assistência médica, essa pessoa deseja ser avaliada apenas para a cobertura do programa de Serviços de planejamento familiar?
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não ▶	Se essa pessoa tiver menos de 21 anos, consideraremos apenas sua renda na determinação para o programa de Serviços de planejamento familiar. Se ela quiser ser avaliada para a cobertura completa de Assistência médica, precisaremos avaliar a renda familiar, incluindo a renda dos pais. Essa pessoa deseja ser avaliada apenas para o programa de Serviços de planejamento familiar e NÃO para a cobertura completa de Assistência médica?
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não ▶	Independentemente da idade, ela teme que as informações que possa receber em seu endereço sobre Serviços de planejamento familiar levem à danos físicos, emocionais ou outros danos por parte do cônjuge, pais ou outra pessoa? Se sim, ela tem outro endereço (além do local onde mora) onde gostaria de obter informações sobre Serviços de planejamento familiar?

Essa pessoa é cidadã dos EUA? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
Se essa pessoa não for cidadã dos EUA, responda às seguintes perguntas:	Essa pessoa tem um status de imigração elegível? <input type="checkbox"/> Sim	Se sim, forneça o tipo de documento e o número de identificação:	Tipo de documento:	Número do documento de identificação:
	Essa pessoa tem um patrocinador? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Essa pessoa vive nos EUA desde 1996? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		

RAÇA (Opcional) (Marque todas as opções aplicáveis)	<input type="checkbox"/> Negra ou afro-americana	<input type="checkbox"/> Asiática	<input type="checkbox"/> Nativo do Havaí ou das Ilhas do Pacífico
	<input type="checkbox"/> Índio americano ou nativo do Alasca (consulte o Anexo A)	<input type="checkbox"/> Branca	<input type="checkbox"/> Outra _____
ETNIA (Opcional)	<input type="checkbox"/> Hispânica ou latina <input type="checkbox"/> Não hispânica ou latina		

Indivíduo 3				CAO Use Only Line #:		
Nome (inclua o primeiro, a inicial do meio, o sobrenome, o sufixo - Jr./Sr./etc.)		Você está solicitando para essa pessoa?		Número de Seguro Social:		
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
Data de nascimento (MM/DD/AAAA):	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Carteira de habilitação ou número de identificação estadual, se essa pessoa tiver:	Estado civil ▶	<input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a)	<input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a)	<input type="checkbox"/> Casado(a)
Qual é o seu parentesco com essa pessoa?	<input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Filho(a) adotivo(a) _____ <input type="checkbox"/> Sem parentesco <input type="checkbox"/> Outro _____			Essa pessoa mora com você? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Essa pessoa está estudando? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, qual série?	Nome da escola:		Estudante em tempo integral? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Essa pessoa está grávida? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Se sim, qual é data prevista do parto?		Ela está esperando quantos bebês?		

Responda às perguntas abaixo se estiver requerendo para essa pessoa.

Não é necessário responder a essas perguntas se estiver solicitando apenas o SNAP.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não ▶	Se não for elegível para a cobertura completa de Assistência médica, essa pessoa deseja ser avaliada apenas para a cobertura do programa de Serviços de planejamento familiar?
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não ▶	Se essa pessoa tiver menos de 21 anos, consideraremos apenas sua renda na determinação para o programa de Serviços de planejamento familiar. Se ela quiser ser avaliada para a cobertura completa de Assistência médica, precisaremos avaliar a renda familiar, incluindo a renda dos pais. Essa pessoa deseja ser avaliada apenas para o programa de Serviços de planejamento familiar e NÃO para a cobertura completa de Assistência médica?
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não ▶	Independentemente da idade, ela teme que as informações que possa receber em seu endereço sobre Serviços de planejamento familiar levem à danos físicos, emocionais ou outros danos por parte do cônjuge, pais ou outra pessoa? Se sim, ela tem outro endereço (além do local onde mora) onde gostaria de obter informações sobre Serviços de planejamento familiar?

Essa pessoa é cidadã dos EUA? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
Se essa pessoa não for cidadã dos EUA, responda às seguintes perguntas:	Essa pessoa tem um status de imigração elegível? <input type="checkbox"/> Sim	Se sim, forneça o tipo de documento e o número de identificação:	Tipo de documento:	Número do documento de identificação:
	Essa pessoa tem um patrocinador? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Essa pessoa vive nos EUA desde 1996? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		

RAÇA (Opcional) (Marque todas as opções aplicáveis)	<input type="checkbox"/> Negra ou afro-americana	<input type="checkbox"/> Asiática	<input type="checkbox"/> Nativo do Havaí ou das Ilhas do Pacífico
	<input type="checkbox"/> Índio americano ou nativo do Alasca (consulte o Anexo A)	<input type="checkbox"/> Branca	<input type="checkbox"/> Outra _____
ETNIA (Opcional)	<input type="checkbox"/> Hispânica ou latina <input type="checkbox"/> Não hispânica ou latina		



Indivíduo 4

CAO Use Only Line #:

Nome (inclua o primeiro, a inicial do meio, o sobrenome, o sufixo - Jr./Sr./etc.)		Você está solicitando para essa pessoa? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Número de Seguro Social:	
Data de nascimento (MM/DD/AAAA):	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Carteira de habilitação ou número de identificação estadual, se essa pessoa tiver:	Estado civil ▶ <input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a)	<input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a)	<input type="checkbox"/> Casado(a)
Qual é o seu parentesco com essa pessoa?	<input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Filho(a) adotivo(a) _____ <input type="checkbox"/> Sem parentesco <input type="checkbox"/> Outro _____			Essa pessoa mora com você? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Essa pessoa está estudando? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, qual série?	Nome da escola:		Estudante em tempo integral? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Essa pessoa está grávida? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Se sim, qual é data prevista do parto?		Ela está esperando quantos bebês?	

Responda às perguntas abaixo se estiver requerendo para essa pessoa.

Não é necessário responder a essas perguntas se estiver solicitando apenas o SNAP.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não ▶	Se não for elegível para a cobertura completa de Assistência médica, essa pessoa deseja ser avaliada apenas para a cobertura do programa de Serviços de planejamento familiar?
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não ▶	Se essa pessoa tiver menos de 21 anos, consideraremos apenas sua renda na determinação para o programa de Serviços de planejamento familiar. Se ela quiser ser avaliada para a cobertura completa de Assistência médica, precisaremos avaliar a renda familiar, incluindo a renda dos pais. Essa pessoa deseja ser avaliada apenas para o programa de Serviços de planejamento familiar e NÃO para a cobertura completa de Assistência médica?
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não ▶	Independentemente da idade, ela teme que as informações que possa receber em seu endereço sobre Serviços de planejamento familiar levem à danos físicos, emocionais ou outros danos por parte do cônjuge, pais ou outra pessoa? Se sim, ela tem outro endereço (além do local onde mora) onde gostaria de obter informações sobre Serviços de planejamento familiar?

Essa pessoa é cidadã dos EUA? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não									
Se essa pessoa não for cidadã dos EUA, responda às seguintes perguntas:	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;">Essa pessoa tem um status de imigração elegível? <input type="checkbox"/> Sim</td> <td style="padding: 5px;">Se sim, forneça o tipo de documento e o número de identificação:</td> <td style="padding: 5px;">Tipo de documento:</td> <td style="padding: 5px;">Número do documento de identificação:</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">Essa pessoa tem um patrocinador? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td colspan="2" style="padding: 5px;">Essa pessoa vive nos EUA desde 1996? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> </tr> </table>	Essa pessoa tem um status de imigração elegível? <input type="checkbox"/> Sim	Se sim, forneça o tipo de documento e o número de identificação:	Tipo de documento:	Número do documento de identificação:	Essa pessoa tem um patrocinador? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Essa pessoa vive nos EUA desde 1996? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Essa pessoa tem um status de imigração elegível? <input type="checkbox"/> Sim	Se sim, forneça o tipo de documento e o número de identificação:	Tipo de documento:	Número do documento de identificação:						
Essa pessoa tem um patrocinador? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Essa pessoa vive nos EUA desde 1996? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não							

RAÇA (Opcional) (Marque todas as opções aplicáveis)	<input type="checkbox"/> Negra ou afro-americana <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Nativo do Havaí ou das Ilhas do Pacífico <input type="checkbox"/> Índio americano ou nativo do Alasca (consulte o Anexo A) <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Outra _____
---	--

ETNIA (Opcional)	<input type="checkbox"/> Hispânica ou latina <input type="checkbox"/> Não hispânica ou latina
-------------------------	---

Indivíduo 5

CAO Use Only Line #:

Nome (inclua o primeiro, a inicial do meio, o sobrenome, o sufixo - Jr./Sr./etc.)		Você está solicitando para essa pessoa? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Número de Seguro Social:	
Data de nascimento (MM/DD/AAAA):	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Carteira de habilitação ou número de identificação estadual, se essa pessoa tiver:	Estado civil ▶ <input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a)	<input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a)	<input type="checkbox"/> Casado(a)
Qual é o seu parentesco com essa pessoa?	<input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Filho(a) adotivo(a) _____ <input type="checkbox"/> Sem parentesco <input type="checkbox"/> Outro _____			Essa pessoa mora com você? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Essa pessoa está estudando? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, qual série?	Nome da escola:		Estudante em tempo integral? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Essa pessoa está grávida? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Se sim, qual é data prevista do parto?		Ela está esperando quantos bebês?	

Responda às perguntas abaixo se estiver requerendo para essa pessoa.

Não é necessário responder a essas perguntas se estiver solicitando apenas o SNAP.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não ▶	Se não for elegível para a cobertura completa de Assistência médica, essa pessoa deseja ser avaliada apenas para a cobertura do programa de Serviços de planejamento familiar?
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não ▶	Se essa pessoa tiver menos de 21 anos, consideraremos apenas sua renda na determinação para o programa de Serviços de planejamento familiar. Se ela quiser ser avaliada para a cobertura completa de Assistência médica, precisaremos avaliar a renda familiar, incluindo a renda dos pais. Essa pessoa deseja ser avaliada apenas para o programa de Serviços de planejamento familiar e NÃO para a cobertura completa de Assistência médica?
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não ▶	Independentemente da idade, ela teme que as informações que possa receber em seu endereço sobre Serviços de planejamento familiar levem à danos físicos, emocionais ou outros danos por parte do cônjuge, pais ou outra pessoa? Se sim, ela tem outro endereço (além do local onde mora) onde gostaria de obter informações sobre Serviços de planejamento familiar?

Essa pessoa é cidadã dos EUA? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não									
Se essa pessoa não for cidadã dos EUA, responda às seguintes perguntas:	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;">Essa pessoa tem um status de imigração elegível? <input type="checkbox"/> Sim</td> <td style="padding: 5px;">Se sim, forneça o tipo de documento e o número de identificação:</td> <td style="padding: 5px;">Tipo de documento:</td> <td style="padding: 5px;">Número do documento de identificação:</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">Essa pessoa tem um patrocinador? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td colspan="2" style="padding: 5px;">Essa pessoa vive nos EUA desde 1996? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> </tr> </table>	Essa pessoa tem um status de imigração elegível? <input type="checkbox"/> Sim	Se sim, forneça o tipo de documento e o número de identificação:	Tipo de documento:	Número do documento de identificação:	Essa pessoa tem um patrocinador? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Essa pessoa vive nos EUA desde 1996? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Essa pessoa tem um status de imigração elegível? <input type="checkbox"/> Sim	Se sim, forneça o tipo de documento e o número de identificação:	Tipo de documento:	Número do documento de identificação:						
Essa pessoa tem um patrocinador? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Essa pessoa vive nos EUA desde 1996? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não							

RAÇA (Opcional) (Marque todas as opções aplicáveis)	<input type="checkbox"/> Negra ou afro-americana <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Nativo do Havaí ou das Ilhas do Pacífico <input type="checkbox"/> Índio americano ou nativo do Alasca (consulte o Anexo A) <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Outra _____
---	--

ETNIA (Opcional)	<input type="checkbox"/> Hispânica ou latina <input type="checkbox"/> Não hispânica ou latina
-------------------------	---



Indivíduo 6

CAO Use Only Line #:

Nome (inclua o primeiro, a inicial do meio, o sobrenome, o sufixo - Jr./Sr./etc.)		Você está solicitando para essa pessoa? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Número de Seguro Social:	
Data de nascimento (MM/DD/AAAA):	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Carteira de habilitação ou número de identificação estadual, se essa pessoa tiver:	Estado civil ▶ <input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a)	<input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a)	<input type="checkbox"/> Casado(a)
Qual é o seu parentesco com essa pessoa?	<input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Filho(a) adotivo(a) _____ <input type="checkbox"/> Sem parentesco <input type="checkbox"/> Outro _____			Essa pessoa mora com você? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Essa pessoa está estudando? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, qual série?	Nome da escola:		Estudante em tempo integral? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Essa pessoa está grávida? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Se sim, qual é data prevista do parto?		Ela está esperando quantos bebês?	

Responda às perguntas abaixo se estiver requerendo para essa pessoa.

Não é necessário responder a essas perguntas se estiver solicitando apenas o SNAP.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não ▶ Se não for elegível para a cobertura completa de Assistência médica, essa pessoa deseja ser avaliada apenas para a cobertura do programa de Serviços de planejamento familiar?
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não ▶ Se essa pessoa tiver menos de 21 anos, consideraremos apenas sua renda na determinação para o programa de Serviços de planejamento familiar. Se ela quiser ser avaliada para a cobertura completa de Assistência médica, precisaremos avaliar a renda familiar, incluindo a renda dos pais. Essa pessoa deseja ser avaliada apenas para o programa de Serviços de planejamento familiar e NÃO para a cobertura completa de Assistência médica?
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não ▶ Independentemente da idade, ela teme que as informações que possa receber em seu endereço sobre Serviços de planejamento familiar levem à danos físicos, emocionais ou outros danos por parte do cônjuge, pais ou outra pessoa? Se sim, ela tem outro endereço (além do local onde mora) onde gostaria de obter informações sobre Serviços de planejamento familiar?

Essa pessoa é cidadã dos EUA? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Se essa pessoa não for cidadã dos EUA, responda às seguintes perguntas:	Essa pessoa tem um status de imigração elegível? <input type="checkbox"/> Sim Se sim, forneça o tipo de documento e o número de identificação:
Tipo de documento: _____ Número do documento de identificação: _____	
Essa pessoa tem um patrocinador? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Essa pessoa vive nos EUA desde 1996? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

RAÇA (Opcional) (Marque todas as opções aplicáveis)	<input type="checkbox"/> Negra ou afro-americana <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Nativo do Havaí ou das Ilhas do Pacífico <input type="checkbox"/> Índio americano ou nativo do Alasca (consulte o Anexo A) <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Outra _____
ETNIA (Opcional)	<input type="checkbox"/> Hispânica ou latina <input type="checkbox"/> Não hispânica ou latina

Indivíduo 7

CAO Use Only Line #:

Nome (inclua o primeiro, a inicial do meio, o sobrenome, o sufixo - Jr./Sr./etc.)		Você está solicitando para essa pessoa? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Número de Seguro Social:	
Data de nascimento (MM/DD/AAAA):	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Carteira de habilitação ou número de identificação estadual, se essa pessoa tiver:	Estado civil ▶ <input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a)	<input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a)	<input type="checkbox"/> Casado(a)
Qual é o seu parentesco com essa pessoa?	<input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Filho(a) adotivo(a) _____ <input type="checkbox"/> Sem parentesco <input type="checkbox"/> Outro _____			Essa pessoa mora com você? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Essa pessoa está estudando? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, qual série?	Nome da escola:		Estudante em tempo integral? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Essa pessoa está grávida? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Se sim, qual é data prevista do parto?		Ela está esperando quantos bebês?	

Responda às perguntas abaixo se estiver requerendo para essa pessoa.

Não é necessário responder a essas perguntas se estiver solicitando apenas o SNAP.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não ▶ Se não for elegível para a cobertura completa de Assistência médica, essa pessoa deseja ser avaliada apenas para a cobertura do programa de Serviços de planejamento familiar?
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não ▶ Se essa pessoa tiver menos de 21 anos, consideraremos apenas sua renda na determinação para o programa de Serviços de planejamento familiar. Se ela quiser ser avaliada para a cobertura completa de Assistência médica, precisaremos avaliar a renda familiar, incluindo a renda dos pais. Essa pessoa deseja ser avaliada apenas para o programa de Serviços de planejamento familiar e NÃO para a cobertura completa de Assistência médica?
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não ▶ Independentemente da idade, ela teme que as informações que possa receber em seu endereço sobre Serviços de planejamento familiar levem à danos físicos, emocionais ou outros danos por parte do cônjuge, pais ou outra pessoa? Se sim, ela tem outro endereço (além do local onde mora) onde gostaria de obter informações sobre Serviços de planejamento familiar?

Essa pessoa é cidadã dos EUA? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Se essa pessoa não for cidadã dos EUA, responda às seguintes perguntas:	Essa pessoa tem um status de imigração elegível? <input type="checkbox"/> Sim Se sim, forneça o tipo de documento e o número de identificação:
Tipo de documento: _____ Número do documento de identificação: _____	
Essa pessoa tem um patrocinador? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Essa pessoa vive nos EUA desde 1996? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

RAÇA (Opcional) (Marque todas as opções aplicáveis)	<input type="checkbox"/> Negra ou afro-americana <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Nativo do Havaí ou das Ilhas do Pacífico <input type="checkbox"/> Índio americano ou nativo do Alasca (consulte o Anexo A) <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Outra _____
ETNIA (Opcional)	<input type="checkbox"/> Hispânica ou latina <input type="checkbox"/> Não hispânica ou latina



Outras perguntas sobre as pessoas de sua casa:

Responda a estas perguntas sobre **você** ou **qualquer pessoa de sua residência** que esteja solicitando benefícios.

Alguém recebe assistência financeira, Assistência médica ou SNAP em outro estado atualmente? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, em qual estado e condado?	
Você ou alguém de seu domicílio já foi desqualificado ou concordou em ser desqualificado para receber vales-alimentação ou benefícios do SNAP em outro estado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, informe quem:	
Alguém já solicitou algum benefício usando um nome ou Número de Seguro Social diferente? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, informe-nos o nome e o Número de Seguro Social:	
Alguém está nas forças armadas dos EUA ou já esteve nas forças armadas dos EUA? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Alguém é viúvo, cônjuge ou filho (menor de 18 anos) de alguém das forças armadas dos EUA ou de alguém que já esteve nas forças armadas dos EUA? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Alguém estava em acolhimento familiar aos 18 anos de idade ou mais? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, quem?	Estado:
Há algum deficiente, uma pessoa gravemente doente ou que precise de cuidados médicos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, quem?	Qual é a deficiência?
Alguém tem uma condição médica que exige uma medicação para manter a saúde? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, quem?	
Alguém vive em uma instituição médica ou de cuidados de longo prazo ou tem uma condição de saúde física, mental ou emocional que cause limitações nas atividades (como tomar banho, vestir-se, tarefas diárias etc.)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Alguém tem contas médicas pagas ou não pagas neste mês ou nos últimos três meses? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Alguém já foi vítima de violência doméstica? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Alguém está fazendo tratamento para vício em drogas ou álcool? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, quem?	

Parentes ausentes: Esta seção é para requerentes de assistência em dinheiro.

Se alguém estiver requerendo para um menor cujos pais não moram no domicílio ou se alguém que estiver requerendo tem um cônjuge que não mora no domicílio, responda a estas perguntas para que possamos tentar obter apoio.

Não é necessário preencher esta seção se fornecer essas informações ou buscar apoio colocaria você ou membros da família em risco de violência doméstica ou dificultaria escapar da violência doméstica, ou se seu filho/sua filha tiver nascido como resultado de estupro ou incesto, ou se estiver considerando a adoção.

Se for um problema fornecer essas informações ou buscar apoio por causa de violência doméstica, estupro ou incesto ou porque você está considerando colocar uma criança para adoção, marque esta caixa:

Nome da pessoa com um parente ausente:	Nome do parente ausente:	O parente ausente é: <input type="checkbox"/> Pai/mãe <input type="checkbox"/> Cônjuge
Nome da pessoa com um parente ausente:	Nome do parente ausente:	O parente ausente é: <input type="checkbox"/> Pai/mãe <input type="checkbox"/> Cônjuge
Nome da pessoa com um parente ausente:	Nome do parente ausente:	O parente ausente é: <input type="checkbox"/> Pai/mãe <input type="checkbox"/> Cônjuge
Nome da pessoa com um parente ausente:	Nome do parente ausente:	O parente ausente é: <input type="checkbox"/> Pai/mãe <input type="checkbox"/> Cônjuge
Nome da pessoa com um parente ausente:	Nome do parente ausente:	O parente ausente é: <input type="checkbox"/> Pai/mãe <input type="checkbox"/> Cônjuge
Nome da pessoa com um parente ausente:	Nome do parente ausente:	O parente ausente é: <input type="checkbox"/> Pai/mãe <input type="checkbox"/> Cônjuge
Nome da pessoa com um parente ausente:	Nome do parente ausente:	O parente ausente é: <input type="checkbox"/> Pai/mãe <input type="checkbox"/> Cônjuge

- ▶ Se estiver solicitando assistência em dinheiro, você deverá informar os pais de qualquer filho menor e auxiliar a Seção de relações domésticas (DRS) a obter o apoio fornecendo as informações necessárias, a menos que tenha um bom motivo. Caso contrário, e se não tiver um bom motivo para não fornecê-las, qualquer valor de assistência em dinheiro para o qual tenha sido aprovado será reduzido em pelo menos 25%.

Se for aprovado para receber assistência em dinheiro, você deverá conceder ao Departamento e à DRS o direito de receber dinheiro para você e para outras pessoas para as quais requereu. A lei afirma que os direitos de apoio serão atribuídos ao estado caso aceite receber a assistência em dinheiro.

Se uma pensão alimentícia for paga para um menor que recebe assistência financeira, a família poderá receber parte da pensão alimentícia além do subsídio de assistência financeira.



Informações fiscais: Preencha esta seção se estiver solicitando assistência médica. Não é necessário responder a essas perguntas se estiver solicitando apenas o SNAP.

Preencha essas informações para seu cônjuge/companheiro(a) e filhos que moram com você e/ou qualquer outra pessoa que seja incluída na mesma declaração de imposto de renda federal, caso declare impostos.

Alguma das pessoas listadas no requerimento planeja apresentar uma declaração de imposto de renda federal no PRÓXIMO ANO? Sim Não
Se sim, liste o declarante do imposto e o cônjuge se tratar-se de uma declaração conjunta.

Nome do declarante de impostos:	Se a declaração for conjunta, informe o nome do cônjuge:

Alguma das pessoas listadas no requerimento reivindicará algum dependente em sua declaração de imposto de renda? Sim Não
Se sim, liste o declarante e os dependentes.

Um dependente pode ser reivindicado por apenas um declarante. Para declarações conjuntas, você só precisa listar os dependentes do declarante que assinará o formulário de impostos.

Nome do declarante de impostos:	Dependente(s):

Alguma das pessoas listadas no requerimento será reivindicada como dependente na declaração de imposto de renda de alguém? Sim Não
Se sim, liste o dependente e o declarante do imposto.

Não é necessário preencher as informações desta tabela se o dependente já tiver sido listado acima.

Nome do dependente:	Nome do declarante de impostos:	Parentesco com o declarante de impostos:

Deduções fiscais: Preencha esta seção se estiver solicitando assistência médica. Não é necessário responder a essas perguntas se estiver solicitando apenas o SNAP.

Se alguém paga por determinados itens que podem ser deduzidos em uma declaração de imposto de renda federal, informá-los pode fazer com que o custo da cobertura de saúde seja um pouco menor.

Observação: se for autônomo, não inclua um custo que será listado como despesa no formulário de imposto de renda, "Schedule C" (por exemplo, despesas com carros e caminhões, desvalorização, salários de funcionários e benefícios adicionais etc.).

Alguém tem despesas com: (✓)(Marque sim)	Sim	De quem é essa despesa?	Qual é a frequência de pagamento da despesa? (uma vez, mensalmente, trimestralmente, duas vezes por ano, anualmente)	Quanto?
Dedução de juros de empréstimos estudantis				
Dedução de seguro-saúde para autônomos				
Parte dedutível do imposto de trabalho autônomo				
Dedução da conta poupança de saúde				
Outro (especifique)				



Recursos (também chamados de “ativos”): não é necessário responder a essas perguntas se estiver solicitando apenas benefícios do SNAP ou se estiver requerendo assistência médica e cumprir uma das seguintes exceções: grávida; filho menor de 21 anos; ter um filho dependente menor de 21 anos morando com você; não ter deficiência e ter menos de 65 anos.

Informe-nos sobre recursos, como:

- Dinheiro em espécie
- Conta corrente/poupança
- Certificado de depósito
- Conta de dinheiro eletrônico/digital (PayPal, Cash App)
- IRA/401k/compartilhamento de lucros
- Títulos de capitalização dos EUA
- Clube de Natal ou de férias
- Ações e títulos
- Fundo fiduciário
- Barco, moto de neve, trailer
- Motocicleta, quadriciclo ATV
- Veículo (carro, van, caminhão)

Liste cada recurso separadamente:

Nome da pessoa que possui o recurso:	Tipo de recurso:	Quanto?	Onde esse recurso está localizado/número da conta?
Nome da pessoa que possui o recurso:	Tipo de recurso:	Quanto?	Onde esse recurso está localizado/número da conta?
Nome da pessoa que possui o recurso:	Tipo de recurso:	Quanto?	Onde esse recurso está localizado/número da conta?
Nome da pessoa que possui o recurso:	Tipo de recurso:	Quanto?	Onde esse recurso está localizado/número da conta?
Nome da pessoa que possui o recurso:	Tipo de recurso:	Quanto?	Onde esse recurso está localizado/número da conta?
Nome da pessoa que possui o recurso:	Tipo de recurso:	Quanto?	Onde esse recurso está localizado/número da conta?
Nome da pessoa que possui o recurso:	Tipo de recurso:	Quanto?	Onde esse recurso está localizado/número da conta?

Outras perguntas sobre recursos: não é necessário responder a essas perguntas se estiver solicitando apenas benefícios do SNAP ou se estiver requerendo assistência médica e cumprir uma das seguintes exceções: grávida; filho menor de 21 anos; ter um filho dependente menor de 21 anos morando com você; não ter deficiência e ter menos de 65 anos.

Alguém em seu domicílio espera receber algum dinheiro, incluindo seguro-desemprego, indenização por acidentes, herança ou fundo fiduciário? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, quem?	Que tipo?	Quando é esperado?	Quanto é esperado?
Alguém vendeu, doou ou transferiu uma casa, terreno, propriedade pessoal ou qualquer outro recurso nos últimos cinco anos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, quem?	Que tipo?	Quando?	Quanto valia?
Alguém possui alguma casa ou propriedade que não esteja habitando? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, quem?	Quantos veículos as pessoas em sua casa possuem?		
Alguém tem um contrato de sepultamento com um banco ou uma funerária? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, quem?	Quantos lotes de sepultamento as pessoas de sua casa possuem?		
Alguém tem um seguro de vida? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, quem?			



Renda:

Informe-nos sobre a renda de qualquer menor ou adulto que você tenha listado neste requerimento.

Alguém em seu domicílio tem alguma renda? Sim Não **Se sim**, liste qualquer renda que você já recebeu ou espera receber este ano.

<input type="checkbox"/> Comissões	<input type="checkbox"/> Dinheiro pago a você pelo aluguel	<input type="checkbox"/> Assistência
<input type="checkbox"/> Dividendos	<input type="checkbox"/> Dinheiro pago a você por hospedagem ou alimentação	<input type="checkbox"/> Seguro-desemprego
<input type="checkbox"/> Jogos de azar/loteria	<input type="checkbox"/> Pensões	<input type="checkbox"/> Pagamento de sindicatos
<input type="checkbox"/> Taxas de tutela	<input type="checkbox"/> Trabalho autônomo	<input type="checkbox"/> Benefício para veteranos
<input type="checkbox"/> Dinheiro ganho como babá	<input type="checkbox"/> Benefícios por doença	<input type="checkbox"/> Salários de emprego
<input type="checkbox"/> Dinheiro para formação	<input type="checkbox"/> Seguro social	<input type="checkbox"/> Indenização de trabalhadores
<input type="checkbox"/> Dinheiro pago a você por empréstimos	<input type="checkbox"/> Renda de segurança suplementar (SSI)	<input type="checkbox"/> Outro _____

Nome da pessoa com renda:	Tipo/fonte de renda/nome do empregador:	Renda/remuneração: Quanto?	Qual a frequência do pagamento?	Data do pagamento mais recente

Outras perguntas sobre renda:

Alguém trabalhou nos últimos 90 dias?	Se sim , quem?
Alguém teve suas horas de trabalho reduzidas nos últimos 60 dias?	Se sim , quem?
Alguém parou de trabalhar em um ou mais empregos nos últimos 30 dias?	Se sim , quem?
Alguém está em greve?	Se sim , quem?
Alguém já recebeu benefício do Seguro Social?	Se sim , quem?
Alguém já recebeu Renda de segurança suplementar?	Se sim , quem?

Deduções antes da incidência de impostos

Liste todas as deduções dos impostos da renda bruta, como prêmios de seguro-saúde/plano odontológico/plano oftalmológico/seguro de vida, contribuições para 401(k) ou conta de aposentadoria, contribuições para a Conta de gastos flexíveis (FSA) ou a Conta de poupança de saúde (HSA).

Nome	Dedução	Quantia mensal

Alguém requereu ou está aguardando uma decisão para algum desses benefícios? (Marque todas as opções aplicáveis).

<input type="checkbox"/> Seguro social	<input type="checkbox"/> Seguro-desemprego	<input type="checkbox"/> Indenização de trabalhadores
<input type="checkbox"/> Renda de segurança suplementar (SSI)	<input type="checkbox"/> Benefícios para veteranos	<input type="checkbox"/> Outro _____

Quem solicitou:	Benefício solicitado:	Data de solicitação do benefício	Quaisquer decisões sobre benefícios que estejam sendo contestadas:

Alguém paga para cuidar de crianças ou de um adulto com deficiência para que possa ir ao trabalho, escola ou formação? Sim Não

Se sim, quanto por mês? Quem recebe os cuidados?

Quantia mensal:

Alguém tem algum custo para obter a renda listada acima? (Por exemplo, custos de transporte, taxas judiciais, taxas bancárias ou de tutela etc.)? Sim Não



Seguro-saúde: Você não precisa responder a essas perguntas se estiver solicitando apenas o SNAP.

Alguém para quem você está requerendo tem cobertura de saúde? Sim Não

Alguém para quem você está requerendo teve cobertura de saúde nos últimos 90 dias? Sim Não

Se você tiver (ou teve nos últimos 90 dias) mais de um tipo de cobertura de saúde, preencha um campo para cada apólice.

OBSERVAÇÃO: se você tiver mais de uma apólice, precisará fazer cópias desta página e anexá-las.

Tipo de cobertura de assistência médica Seguradora do empregador Medicare TRICARE*
 Peace Corps Plano individual Outro _____

Lista de quem está (ou estava) coberto:

Nome do titular da apólice:	Nome:	Sobrenome:
Nome da seguradora:	Nome:	Sobrenome:
Número da apólice:	Nome:	Sobrenome:
Nome/número do grupo:	Nome:	Sobrenome:

O que está (ou estava) coberto? Atendimento hospitalar Medicamentos
 Atendimento oftalmológico Consultas médicas
 Atendimento odontológico

Esse é (ou era) um plano de benefício limitado (como uma apólice de acidentes escolares)? Sim Não

Quando esse seguro começou?

Quando esse seguro foi (ou será) interrompido?
 (Deixe em branco se ainda estiver coberto).

Esse seguro-saúde terminou (ou terminará) porque o titular da apólice perdeu o emprego (foi demitido, o contrato foi rescindido, pediu demissão) ou mudou de emprego? Sim Não

Se sim, quem perdeu a cobertura?

Algun menor perdeu (ou perderá) o seguro-saúde por que o empregador parou de oferecer cobertura? Sim Não

*Não marque essa opção se você estiver recebendo cuidados diretos ou se for um caso relacionado ao exercício da função

Seguro-saúde de seu empregador: não é necessário responder a essas perguntas se estiver solicitando apenas o SNAP.

Alguém para quem você está requerendo recebeu seguro-saúde de um emprego? Sim Não
 Marque Sim mesmo que a cobertura seja do emprego de outra pessoa, como um dos pais ou cônjuge.

Se sim, preencha esta seção e o máximo de informações que puder no Anexo B: Cobertura de saúde do(s) emprego(s).

Esse é um plano de benefícios para funcionários públicos estaduais? Sim Não

Essa é uma cobertura COBRA? Sim Não

Esse é um plano de saúde para aposentados? Sim Não

Se o seu emprego lhe oferecer cobertura de saúde, você tem (ou teria) de pagar pela cobertura? Sim Não

Você tem (ou teria) que pagar pela cobertura de seus filhos? Sim Não

Qual é o custo da cobertura familiar por meio do plano de saúde de grupo do seu empregador?

Qual é o custo de cobertura de seus filhos por meio do plano de saúde do empregador?



Despesas: Esta seção é para requerentes do SNAP.

Informe-nos sobre suas despesas para que você possa obter o máximo de benefícios possível. Se solicitado, você deverá fornecer comprovantes delas.

▶ Você pode nos informar as despesas domésticas a qualquer momento, mas solicitaremos que você nos forneça um comprovante.

Alguém em sua residência paga pensão alimentícia para uma pessoa que não mora com você? Se sim, é por ordem judicial?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Alguém em sua casa recebe auxílio-moradia? Se sim, de que tipo? _____ Se sim, você recebe um subsídio para serviços públicos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
As refeições estão incluídas no aluguel?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Há alguém fora de sua família que paga alguma de suas despesas? Se sim, quais despesas? _____ Quanto? _____ Com que frequência? _____ A quem? _____	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Você paga pelo aquecimento?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Você paga pelo sistema de ar ou por um ou mais ar-condicionados?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Marque todas as despesas pagas mensalmente por você ou por alguém de seu domicílio. Marque mesmo que você pague apenas parte da conta.

Telefone Água Lixo Instalação de serviços públicos Eletricidade
 Óleo, carvão, madeira, querosene Esgoto Esgoto Gás Propano Outro _____

Se você tem alguma dessas despesas, quanto paga por mês?

Aluguel: \$ _____ Taxa condominial: \$ _____
Hipoteca \$ _____ Imposto predial: \$ _____ Seguro residencial: \$ _____

Despesas médicas: Esta seção é para requerentes do SNAP.

Você pode receber mais benefícios do SNAP se alguém em sua casa tiver 60 anos de idade ou mais, ou for deficiente, e puder comprovar despesas médicas.

Marque qualquer despesa médica paga por você ou por alguém de seu domicílio:

<input type="checkbox"/> Contas odontológicas	<input type="checkbox"/> Quaisquer custos para obter consultas médicas, tratamento médico ou medicamentos. Podem ser custos como táxis e transporte público.
<input type="checkbox"/> Contas médicas	
<input type="checkbox"/> Contas hospitalares	<input type="checkbox"/> Auxiliares de saúde (pessoas em sua casa para ajudar com tratamentos médicos).
<input type="checkbox"/> Seguros-saúde ou prêmios do Medicare	<input type="checkbox"/> Suprimentos de saúde (como óculos, aparelhos auditivos, fraldas para adultos).
<input type="checkbox"/> Equipamentos médicos	<input type="checkbox"/> Medicamentos prescritos
<input type="checkbox"/> Outro:	

▶ **Deixar de informar ou marcar qualquer uma das despesas listadas acima será considerado uma declaração de sua família de que você não deseja receber uma dedução pela despesa não informada.**



Consulta sobre antecedentes criminais: não é necessário responder a essas perguntas se estiver solicitando apenas assistência médica.

Responda às seguintes perguntas por você e por qualquer outra pessoa para a qual esteja requerendo:

Alguém recebeu uma intimação ou mandado para comparecer como réu em um processo judicial criminal?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, quem?
Alguém deve multas, pagamento de encargos ou ressarcimento por um crime ou delito?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, quem?
Alguém tem um plano de pagamento para as multas e os custos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, quem?
Alguém está em liberdade condicional?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, quem?
Alguém está <u>infringindo</u> a liberdade condicional?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, quem?
Alguém já foi condenado por fraude contra a previdência social?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, quem?
Alguém está fugindo da polícia?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, quem?
Alguém é obrigado a se registrar como agressor sexual condenado?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, quem?
Alguém que é obrigado a se registrar como agressor sexual condenado <u>está</u> descumprindo as exigências de registro?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, quem?

Registro de eleitor (Opcional): Esta seção é apenas para cidadãos dos EUA

Se você não tem registro eleitoral no local onde mora atualmente, gostaria de se registrar hoje como eleitor neste local?

Sim Não

SE NÃO MARCAR NENHUMA DAS CAIXAS, ENTENDEREMOS QUE NÃO DESEJA FAZER SEU REGISTRO ELEITORAL NO MOMENTO

Para se registrar, você deve:

- 1) Ter pelo menos 18 anos no dia da próxima eleição;
- 2) Ser cidadão dos Estados Unidos por pelo menos um mês ANTES DA PRÓXIMA ELEIÇÃO;
- 3) Residir na Pensilvânia e no distrito de votação pelo menos 30 dias antes da próxima eleição.

A solicitação de registro ou a recusa em fazer o registro eleitoral não afetará o valor da assistência que será fornecida por esta agência.

Se precisar de ajuda para preencher o formulário de solicitação de registro eleitoral, estamos à disposição. A decisão de procurar ou aceitar ajuda é sua. Você pode preencher o formulário de inscrição de forma privada. Entre em contato com o escritório de assistência do condado se precisar de ajuda.

Se você acredita que alguém interferiu no seu direito de se registrar ou de recusar a fazê-lo, no seu direito à privacidade ao decidir se registrar ou ao solicitar registro eleitoral, ou no seu direito de escolher seu próprio partido político ou outra preferência política, você pode registrar uma queixa junto ao Secretário da Commonwealth, Departamento de Estado da Pensilvânia, Harrisburg, PA 17120. (Número de telefone gratuito 1-877-VOTESPA).

A EQUIPE DO ESCRITÓRIO DE ASSISTÊNCIA DO CONDADO PREENHERÁ ESTE CAMPO COM BASE NA SUA RESPOSTA ACIMA / COUNTY ASSISTANCE OFFICE STAFF WILL COMPLETE THIS BOX BASED UPON YOUR RESPONSE ABOVE

Given to Client __/__/__ Sent to voter registration __/__/__ Mailed to Client __/__/__
 Declined, not interested __/__/__ Not a U.S. citizen __/__/__ Declined, already registered __/__/__

USO EXCLUSIVO DO CAO / CAO USE ONLY

1. Yes No Is anyone in the application group receiving SNAP and not living in a certified shelter for battered women and children?
2. Yes No Is there any postponed verification from a previous expedited issuance that the household must provide?
3. Yes No Are the household liquid resources equal to or less than \$100?
4. Yes No Is the countable monthly gross income less than \$150?
5. Yes No Is this a migrant or seasonal farm worker household?
6. Yes No Is the household destitute?
7. Yes No Are combined monthly gross income and liquid resources less than monthly shelter expenses?

EXPEDITED REVIEW	Initials: _____	Date: _____
<input type="checkbox"/> Eligible <input type="checkbox"/> Denied -	CLIENT NOTIFIED	
Reason for denial: 		
REGISTERED FOR CATEGORIES ▶		



DIREITO À NÃO DISCRIMINAÇÃO

Esta instituição está proibida de discriminar com base em raça, cor, nacionalidade, deficiência, idade, sexo e, em alguns casos, religião ou crenças políticas.

O U.S. Department of Agriculture (Departamento de Agricultura dos EUA) também proíbe a discriminação com base em raça, cor, nacionalidade, sexo, crença religiosa, deficiência, idade, crenças políticas ou represália ou retaliação por atividades anteriores relacionadas a direitos civis em qualquer programa ou atividade realizada ou financiada pelo USDA.

Pessoas com deficiência que necessitem de meios alternativos de comunicação para obter informações sobre o programa (por exemplo, Braille, letras grandes, fita de áudio, língua de sinais americana etc.) devem entrar em contato com a agência (estadual ou local) onde solicitaram os benefícios. Indivíduos surdos, com deficiência auditiva ou de fala podem entrar em contato com o USDA por meio do Serviço de retransmissão federal: (800) 877-8339. Além disso, as informações sobre o programa podem ser disponibilizadas em outros idiomas além do inglês.

Para registrar uma queixa de discriminação no programa, preencha o Formulário de queixa de discriminação no programa do USDA (AD-3027), encontrado no site: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, e em qualquer divisão do USDA, ou escreva uma carta endereçada ao USDA e forneça nela todas as informações solicitadas no formulário. Para solicitar uma cópia do formulário de queixa, ligue para o número: (866) 632-9992. Envie o formulário preenchido ou carta ao USDA pelo correio:

- (1) 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) e-mail: program.intake@usda.gov.

Para qualquer outra informação relacionada a questões do Programa de Assistência Nutricional Suplementar (SNAP), as pessoas devem entrar em contato com o número da linha direta do SNAP do USDA: (800) 221-5689, que também está disponível em espanhol, ou ligar para os números de informações/linhas diretas do estado (clique no link para obter uma lista dos números das linhas diretas por estado), encontrados em: http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm.

Para registrar uma queixa de discriminação com relação a um programa que recebe assistência financeira federal por meio do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA (HHS), escreva para: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 ou ligue para: (202) 619-0403 (voz) ou (800) 537-7697 (TTY).

Esta instituição é uma provedora de oportunidades iguais.

DIREITO À CONFIDENCIALIDADE

Manteremos suas informações em sigilo. Elas serão usadas apenas para decidir a quais programas você pode se qualificar. O Escritório de assistência do condado (CAO), quando solicitado, deve fornecer às autoridades policiais federais, estaduais e locais o endereço, o Número de Seguro Social (SSN) e a fotografia (se disponível) de um indivíduo que esteja fugindo para evitar um processo ou prisão por um crime ou que esteja violando a liberdade condicional. Qualquer pessoa que violar conscientemente qualquer uma das normas e regulamentações desse departamento será considerada culpada de uma contravenção e, após a condenação, será sentenciada a pagar uma multa de até \$100,00 (cem dólares) ou a ser presa por um período de até seis meses, ou ambos (62 P.S. seção 483).

DIREITO A UMA NOTIFICAÇÃO POR ESCRITO

Nós lhe enviaremos uma notificação por escrito explicando seus benefícios. Se indeferirmos, alterarmos, suspendermos ou interrompermos os benefícios, forneceremos uma explicação por escrito do motivo. Você terá 30 dias (90 dias para os benefícios do Programa de Assistência Nutricional Suplementar (SNAP)) a partir da data de envio da notificação para solicitar uma audiência.

DIREITO DE RECORRER

Você tem o direito de solicitar uma audiência do Department of Human Services (Departamento de Serviços Humanos) (DHS) para recorrer de uma decisão se acreditar que ela tenha sido injusta ou incorreta, ou se o DHS deixar de agir em relação à sua solicitação de benefícios. Você pode apresentar o recurso no CAO. Se recorrer, você também pode solicitar uma conferência com a agência antes da audiência. Se o seu recurso envolver benefícios SNAP acelerados, você terá o direito de ter essa conferência com um supervisor dentro de dois dias úteis. Na audiência, você poderá se representar ou ser representado por outra pessoa, como um advogado, amigo ou parente.

DIREITO DE ALEGAR UMA BOA CAUSA

Se você solicitar benefícios em dinheiro ou de Assistência médica, a lei exige que você coopere com o estabelecimento da paternidade e a busca de apoio. Você pode ser isento dessas exigências se provar que isso pode ser perigoso para você e/ou seus filhos. Isso é conhecido como boa causa. A menos que uma isenção seja estabelecida por isso, você terá de cumprir os requisitos de emprego e formação. Você também terá de cumprir os requisitos de relatórios semestrais, a menos que uma boa causa seja aceita.

DIREITO A CERTIFICADO DE COBERTURA CREDITÁVEL

A lei federal limita quando a cobertura de saúde pode ser negada ou limitada por uma condição preexistente. Se você se inscrever em um plano de saúde que exclui o tratamento de uma condição pré-existente, você pode receber um crédito pelo tempo em que recebeu cobertura de Assistência Médica. Isso pode ajudar você a obter cobertura. Entre em contato com o seu coordenador de caso para solicitar esse certificado.

RESPONSABILIDADE POR FORNECER INFORMAÇÕES

Você deve fornecer informações verdadeiras, corretas e completas. Você deve ajudar a comprovar as informações fornecidas. Os benefícios poderão ser negados caso não forneça determinadas provas. Se não puder fornecê-las, deverá pedir ajuda ao CAO para obtê-las. Se for contatado pelo DHS ou pelo Office of State Inspector General (Gabinete do inspetor geral do estado), deverá cooperar totalmente com essas pessoas ou investigadores. Se você tiver 55 anos de idade ou mais e receber Assistência médica para pagar por serviços de asilos, serviços de renúncia domiciliar e comunitários e qualquer serviço hospitalar e de prescrição de medicamentos relacionados, poderá ser solicitado a reembolsar o custo desses serviços a partir do seu espólio. Se estiver solicitando assistência em dinheiro, poderemos exigir que assinie um acordo para reembolsar os benefícios que você, seu cônjuge e seus filhos receberam.

RESPONSABILIDADE DE FORNECER NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL

Para benefícios em dinheiro, Assistência médica e/ou SNAP, você deve fornecer um SSN para cada pessoa para a qual está requerendo. Se você não tiver um SSN, deverá solicitá-lo. Deixar de fornecer um SSN pode resultar na impossibilidade de receber benefícios. Para benefícios em dinheiro, podemos solicitar um SSN para qualquer pessoa cuja renda ou recursos possam afetar sua elegibilidade ou o valor dos benefícios. Seu SSN será usado para fins de identidade, para correspondências de computador que verificam a renda e os recursos e para evitar a duplicação de benefícios estaduais e federais. Um não cidadão que esteja solicitando apenas Assistência médica de emergência não precisa fornecer um SSN. (Código 42 dos EUA, 1320b-7)

RESPONSABILIDADE DE USAR O CARTÃO PA ACCESS DE FORMA LEGAL

Quando for considerado elegível para os benefícios, você receberá um cartão PA ACCESS. Esse cartão só pode ser usado pela pessoa elegível e somente durante o período de elegibilidade. Você apenas poderá usar o cartão para serviços que sejam necessários e razoáveis.

RESPONSABILIDADE DE INFORMAR ALTERAÇÕES

Se você se qualificar para os benefícios, deverá informar as mudanças em suas circunstâncias ao coordenador do seu caso ou à Central de atendimento. Os tipos de mudanças a serem relatadas incluem mudanças de residência, um novo endereço, um novo emprego, perder o emprego, nascimento de um filho, novas fontes de renda ou mudanças na renda e prêmios de loteria e jogos de azar. O coordenador do seu caso e os avisos que você receber abordarão as especificidades com base nos programas e benefícios para os quais você tem direito. A não comunicação das alterações necessárias conforme as diretrizes do programa pode resultar na perda dos benefícios, sanções ou acusações civis ou criminais. Você pode informar as alterações ao CAO pessoalmente, por telefone, fax, correio ou por meio de uma conta MyCOMPASS. Você também pode comunicar as alterações à Central de atendimento pelo número de telefone: 1-877-395-8930 ou, na Filadélfia, pelo telefone: 1-215-560-7226, a qualquer momento.

DECLARAÇÃO DA LEI DE PRIVACIDADE

(i) A coleta dessas informações, incluindo o Número de Seguro Social (SSN) de cada membro da família, é autorizada pela Lei de alimentação e nutrição de 2008, conforme a emenda, 7 U.S.C. 2011-2036d. As informações serão usadas para determinar se sua família é elegível ou continua a ser elegível para participar do Programa SNAP. Verificaremos essas informações por meio de programas de correspondência de computador. Essas informações também serão usadas para monitorar a conformidade com os regulamentos do programa e para o gerenciamento do programa.

(ii) Essas informações podem ser divulgadas a outras agências federais e estaduais para análise oficial e a agentes da lei com o objetivo de prender pessoas que estejam fugindo da lei.

(iii) Se uma reivindicação do SNAP surgir contra sua família, as informações neste requerimento, incluindo todos os SSNs, poderão ser encaminhados a agências federais e estaduais, bem como a empresas privadas de cobrança, para fins de cobrança.

(iv) O fornecimento das informações solicitadas, incluindo o SSN de cada membro da família, é voluntário. Entretanto, o não fornecimento de um SSN resultará no indeferimento dos benefícios do SNAP para cada indivíduo que não fornecê-lo. Quaisquer SSNs fornecidos serão usados e divulgados da mesma maneira que os SSNs dos membros elegíveis da família.



Proibições e penalidades Leia sobre suas responsabilidades:

SE ISSO ACONTECER SEM UMA BOA CAUSA		ISSO PODE OCORRER (PENALIDADE)
TODOS OS BENEFÍCIOS SNAP ASSISTÊNCIA FINANCEIRA ASSISTÊNCIA MÉDICA	Uso indevido do cartão de transferência eletrônica de benefícios (EBT) ou do cartão PA ACCESS.	Multa, prisão ou ambos.
	Não informar as alterações, conforme exigido.	Corte ou interrupção dos benefícios.
	Fornecer informações falsas, incorretas ou incompletas propositalmente, ou não relatar alterações.	Multa, desqualificação e/ou prisão por fraude à previdência social, desqualificação para processos de audiência administrativa. Inelegível a receber assistência financeira: <ul style="list-style-type: none"> • Primeira incidência - 6 meses. • Segunda incidência - 12 meses. • Terceira incidência - permanentemente. Inelegível para o SNAP: <ul style="list-style-type: none"> • Primeira incidência - 12 meses. • Segunda incidência - 24 meses. • Terceira incidência - permanentemente.
	Negociar, vender ou tentar negociar, vender, adquirir ou usar o Cartão ACCESS de outra pessoa.	Inelegível: <ul style="list-style-type: none"> • Todas as condenações judiciais - 12 meses.
SNAP	Usar indevidamente (propositalmente) os benefícios do SNAP, por exemplo, trocar, vender ou comprar o cartão EBT ou os benefícios do SNAP; converter benefícios; ou jogar fora produtos comprados com os benefícios do SNAP para receber depósitos - ou adquirir itens não cobertos pelo SNAP, como álcool ou tabaco - ou usar os benefícios do SNAP para pagar por alimentos já recebidos ou alimentos a crédito.	Inelegível: <ul style="list-style-type: none"> • Primeira incidência - 12 meses. • Segunda incidência - 12 meses. • Terceira incidência - permanentemente. • Primeira condenação judicial acima de \$500 - permanentemente.
	Adquirir um produto com os benefícios do SNAP com a intenção de obter dinheiro ou bonificação que não seja os alimentos elegíveis, revender o produto em troca de dinheiro ou consideração que não seja os alimentos elegíveis.	
	Adquirir propositalmente produtos originalmente comprados com benefícios do SNAP em troca de dinheiro ou outra consideração que não seja os alimentos elegíveis.	
	Usar/receber benefícios do SNAP para comprar drogas ou substâncias controladas.	Inelegível: <ul style="list-style-type: none"> • Primeira incidência - 24 meses. • Segunda incidência - permanentemente.
	Usar/receber benefícios do SNAP para a venda de armas de fogo, munição ou explosivos.	Primeira incidência - inelegível permanentemente.
	Ser condenado por comprar, vender ou trocar benefícios do SNAP por um total de \$500 ou mais.	Inelegível permanentemente.
	Mentir sobre si mesmo ou onde mora para receber mais de um benefício do SNAP.	Inelegível por 10 anos.
ASSISTÊNCIA FINANCEIRA	Fugir para evitar um processo ou prisão por causa de um crime/tentativa de crime - ou fugir por infringir a liberdade condicional.	Inelegível até que cumpra a lei.
	Não cumprir a pena judicial, incluindo o pagamento de multas, por um crime ou contravenção.	Inelegível até que cumpra a penalidade.
	Mentir sobre onde mora para receber dinheiro em dois ou mais estados.	Inelegível por 10 anos.
ASSISTÊNCIA FINANCEIRA	Fugir para evitar processo ou prisão devido a uma condenação por crime/tentativa de crime; deixar de comparecer como réu em um processo judicial criminal quando receber uma intimação ou um mandado de prisão por um delito, crime ou contravenção; fugir por infringir a liberdade condicional; ou ter qualquer mandado ativo pendente.	Inelegível até que cumpra a lei.
	<p align="center">Se você for considerado culpado de fraude ou de violação das normas acima:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Multa de até \$250.000 para SNAP e de até \$15.000 para assistência financeira; • Até 20 anos de prisão para SNAP e até 7 anos de prisão para assistência financeira; e/ou • Ressarcimento da quantia recebida pelos benefícios. • Desqualificação de benefícios para os períodos indicados acima pelo programa. 	
NORMAS DO SNAP EM RELAÇÃO AO EMPREGO	Para membros da família - física e mentalmente aptos - acima de 15 anos e abaixo de 60 anos - não isentos de outra forma ou com boa causa.	Inelegível: <ul style="list-style-type: none"> • Primeira incidência - um mês e até que cumpra o exigido. • Segunda incidência - três meses e até que cumpra o exigido. • Três ou mais incidências - seis meses por vez e até que cumpra o exigido.
	Recusar-se a: <ul style="list-style-type: none"> • Aceitar um emprego. • Informar ao CAO sobre o status de trabalho e a disponibilidade de emprego. 	
NORMAS DA ASSISTÊNCIA FINANCEIRA EM RELAÇÃO AO EMPREGO	Agir de propósito para: <ul style="list-style-type: none"> • Pedir demissão. • Reduzir as horas de trabalho para menos de 30 por semana (a menos que outro emprego já atenda aos requisitos de trabalho). 	Inelegível: <ul style="list-style-type: none"> • Primeira violação - você ficará inelegível por um período mínimo de 30 dias ou até que o descumprimento termine, o que demorar mais. • Segunda violação - você ficará inelegível por um período mínimo de 60 dias ou até que o descumprimento termine, o que demorar mais. • Terceira violação - você será permanentemente desqualificado. <p>Se o motivo da sanção ocorrer nos primeiros 24 meses do recebimento de assistência financeira, seja de forma consecutiva ou descontínua, a sanção se aplicará somente ao indivíduo.</p> <p>Se o motivo da sanção ocorrer após 24 meses do recebimento de assistência financeira, seja de forma consecutiva ou descontínua, a sanção se aplicará a toda a família.</p>
	Não atender às exigências de trabalho de assistência financeira propositalmente, conforme escrito no Acordo de responsabilidade mútua (AMR).	

Entendimento de seus direitos e responsabilidades

Ao assinar este formulário:

- Entendo que a Pensilvânia recebe informações do Sistema de verificação de elegibilidade de renda (IEVS), de instituições financeiras, de relatórios de consumidores e de órgãos estaduais e federais para verificar as informações que forneço. As informações disponíveis por meio do IEVS e de outras entidades serão solicitadas, usadas e poderão ser verificadas por meio de contato com profissionais relacionados quando detalhes conflitantes forem encontrados pela agência estadual, e essas informações poderão afetar a elegibilidade e o nível de benefícios da minha família.
- Entendo que, ao assinar este requerimento, estou autorizando qualquer instituição financeira a divulgar, por meios eletrônicos ou outros, toda e qualquer informação financeira mantida por essa instituição ao Departamento de Serviços Humanos ou a seu agente ou contratado designado com a finalidade de identificar e verificar recursos (também chamados de "ativos") quando necessário para determinar e redeterminar a elegibilidade para Assistência médica. Compreendo que as informações financeiras incluem depósitos, saques, encerramento de contas e outras informações relevantes solicitadas ou recebidas da instituição financeira, incluindo outras transações realizadas por esta instituição com relação à conta ou ao ativo. Entendo que esta autorização é válida até que a elegibilidade para a Assistência médica seja indeferida ou encerrada, ou se eu decidir cancelá-la por meio de notificação por escrito ao departamento, o que ocorrer primeiro. Estou ciente de que, caso cancele essa autorização, isso poderá me tornar ou tornar a minha família inelegível para Assistência médica.
- Entendo que se adulterar ou ocultar fatos que possam afetar minha elegibilidade para benefícios, posso ser obrigado a ressarcir-los e posso ser processado e desqualificado para receber determinados benefícios futuros.
- Entendo que posso designar um representante autorizado preenchendo a seção Representante autorizado e enviando-a com este requerimento.
- Entendo e concordo que sou responsável por quaisquer declarações falsas feitas neste requerimento, mesmo que seja enviado por outra pessoa em meu nome.
- Declaro que recebi uma cópia de meus direitos e responsabilidades, que os li ou que alguém os leu para mim e que os compreendi.
- Entendo que as informações inseridas neste requerimento serão mantidas em sigilo e usadas somente para administrar os benefícios. Autorizo a divulgação de informações pessoais, financeiras e médicas com a finalidade de determinar a elegibilidade.
- Entendo que o Departamento de Serviços Humanos ou seus representantes podem entrar em contato comigo por métodos que incluem e-mail e mensagens de texto para ajudar a processar meu requerimento ou solicitar feedback sobre este processo. Se não quiser receber e-mails ou mensagens de texto, entendo que o Departamento ainda irá processá-lo.
- Entendo que quaisquer alterações que eu precise informar devem ser informadas nos primeiros 10 dias do mês seguinte ao mês da alteração.
- Entendo que meu domicílio pode perder os benefícios do SNAP se um membro da família receber prêmios de loteria ou jogos de azar equivalentes ou superiores ao limite de recursos do SNAP para famílias com idosos ou deficientes.
- Entendo que receberei uma notificação por escrito explicando os benefícios. Se forem negados, alterados, suspensos ou interrompidos, a notificação por escrito explicará o motivo.
- Entendo que terei 30 dias (90 dias para os benefícios do SNAP (vale-alimentação)) a partir da data da notificação para solicitar uma audiência se não concordar com a decisão tomada sobre este requerimento.
- Entendo que minha situação está sujeita à comprovação de empregadores, fontes financeiras e outros terceiros.
- Entendo que os requerentes devem fornecer seu Número de Seguro Social ou solicitar um, caso não o tenham. Esse número pode ser usado para verificar as informações contidas neste requerimento.
- Entendo que devo usar a Transferência Eletrônica de Benefícios (EBT) ou o Cartão PA ACCESS somente durante o período em que sou elegível. Devo usar o EBT ou o cartão PA ACCESS apenas para a pessoa elegível e só posso obter os benefícios que forem necessários e razoáveis.
- Entendo que não posso usar os fundos da Assistência financeira emitidos por meio do meu Cartão PA ACCESS para fazer transações de EBT em lojas de bebidas alcoólicas, cassinos (jogos de azar, estabelecimentos de jogos) ou locais de entretenimento para adultos.
- Entendo que não preciso fornecer o Número de Seguro Social de ninguém que não esteja solicitando assistência. Se fornecer o número, ele poderá ser usado para verificar as informações contidas neste requerimento.

- Certifico que todas as informações inseridas são verdadeiras, sob pena de perjúrio.
- Entendo que tenho direito a um certificado de cobertura creditável para verificar minha cobertura médica. A legislação federal limita quando a cobertura da Assistência médica pode ser negada ou limitada por uma condição preexistente. Se me inscrever em um plano de saúde de grupo que tenha uma cláusula de condição preexistente, posso obter crédito por tempo em que recebi Assistência médica.
- Entendo que, se for considerado elegível para Assistência médica, serei colocado no pacote de benefícios de Assistência médica mais abrangente que estiver disponível. Estou ciente de que posso ser obrigado a me inscrever em um plano de saúde. Entendo que a inscrição em um plano de saúde pode ser gratuita ou de baixo custo para mim, porque o Departamento pagaria uma taxa mensal ao plano de saúde. Entendo que esta taxa é por pessoa. Compreendo que, se eu receber Assistência médica para a qual não sou elegível, devido a erro, fraude ou qualquer outro motivo, poderei ser obrigado a ressarcir o Departamento por todas as taxas pagas em meu nome.
- Se eu receber benefícios em dinheiro, cooperarei com os requisitos do programa de execução de pensão alimentícia para menores, conforme orientado pelo departamento. Concedo ao Departamento e à Seção de relações domésticas o direito de buscar e coletar dinheiro e/ou apoio médico para mim e para outras pessoas para as quais estou enviando este requerimento.
- Entendo que, se eu informar ou fornecer comprovação das despesas domésticas, receberei o valor máximo permitido de benefícios do SNAP (vale-alimentação). O fato de não informar ou fornecer comprovação das despesas domésticas será considerado como uma declaração de que não quero receber uma dedução pela despesa não informada ou não comprovada. (Autoridade: Departamento de Agricultura dos Estados Unidos, Serviço de alimentação e nutrição, Região do Meio Atlântico, Aviso administrativo 6-99, emitido em 4 de janeiro de 1999).
- Entendo que tenho o direito de receber crédito pelas despesas domésticas no momento em que as informo e apresentar comprovação delas a qualquer momento durante o período de certificação do SNAP (vale-alimentação).
- Entendo que tenho o direito de pedir ajuda ao Escritório de assistência do condado (CAO) para obter comprovação das despesas e que o CAO pode entrar em contato com outras pessoas para obter confirmação se eu estiver tendo dificuldade para comprovar itens.
- Entendo que, se alguns ou todos os requerentes não se qualificarem para Assistência médica, eles poderão se qualificar para o CHIP.
- Entendo que, se alguns ou todos os indivíduos requerentes não se qualificarem para Assistência médica, eles poderão se qualificar para benefícios federais e/ou explorar opções de assistência médica privada por meio do Mercado de seguros de saúde da Pensilvânia (Pennie). Se esse for o caso, autorizo o Departamento a fornecer meu nome e as informações contidas neste requerimento ao Pennie.
- Renovação da cobertura em anos futuros:** para facilitar a determinação da minha elegibilidade para auxílio no pagamento da cobertura de saúde em anos futuros, concordo em permitir que o Mercado de seguros de saúde da Pensilvânia (Pennie) use meus dados de renda, inclusive informações de declarações de imposto de renda. O Pennie me enviará um aviso, permitirá que eu faça quaisquer alterações e poderei optar por não participar a qualquer momento.

Sim, renove minha elegibilidade automaticamente para o próximo período:

(Marque uma opção):

- Cinco anos (o número máximo de anos permitido)
- Quatro anos
- Três anos
- Dois anos
- Um ano
- Não use minhas informações de declarações de imposto de renda para renovar minha cobertura.

Assine aqui:

X

Sua assinatura ou a de seu representante

Data

IMPORTANTE: se seu domicílio for elegível para o SNAP/LIHEAP, você receberá um formulário de consentimento Fast Track pelo correio, para que você e os membros da sua família sejam automaticamente inscritos na Assistência médica.

Nome do representante autorizado	Endereço do representante autorizado	Número de telefone

SOMENTE PARA O ESCRITÓRIO DE ASSISTÊNCIA DO CONDADO/COUNTY ASSISTANCE OFFICE ONLY	I have explained to the applicant her or his rights and responsibilities.	
	CAO Signature	Date





Pennsylvania
Department of Human Services

O Departamento de Serviços Humanos da Pensilvânia (DHS) está em conformidade com as leis federais de direitos civis aplicáveis e não discrimina com base em raça, cor, nacionalidade, idade, deficiência ou sexo. O DHS não exclui pessoas ou as trata de forma diferente por causa de raça, cor, nacionalidade, idade, deficiência, crença, afiliação religiosa, ancestralidade, gênero, identidade ou expressão de gênero ou orientação sexual.

O DHS FORNECE:

- Auxílios e serviços gratuitos para que pessoas com deficiências possam se comunicar conosco de forma eficaz, como:
 - Intérpretes de língua de sinais qualificados
 - Informações escritas em outros formatos (letras grandes, áudio, formatos eletrônicos acessíveis, outros formatos)
- Serviços de idiomas gratuitos para falantes de outros idiomas além do inglês, como:
 - Intérpretes qualificados
 - Informações escritas em outros idiomas

Se precisar desses serviços, entre em contato com o Escritório de assistência do condado local.

Se você acredita que o DHS deixou de fornecer esses serviços ou o(a) discriminou de outra forma com base em raça, cor, nacionalidade, idade, deficiência ou sexo, você pode registrar uma queixa: The Bureau of Equal Opportunity, Room 223, Health and Welfare Building, P.O. Box 2675, Harrisburg, PA 17105-2675, (717) 787-1127, Serviços de retransmissão da PA: 711, Fax (717) 772-4366, e-mail para: RA-PWBEOAO@pa.gov. Você pode registrar uma queixa pessoalmente ou por correio, fax ou e-mail. Se precisar de assistência para registrar uma queixa, o Departamento de Oportunidades Equitativas está disponível para ajudá-lo(a).

Você também pode registrar uma queixa de direitos civis ao Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA, Gabinete de Direitos Civis, eletronicamente por meio do Portal de queixas, disponível em: [//ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf](http://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf), ou por correio ou telefone:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Os formulários de queixa estão disponíveis no site: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



Membro da família índio americano ou nativo do Alasca (AI/AN)

Preencha este anexo se você ou um membro da família for índio americano ou nativo do Alasca. Envie-o com o seu requerimento de cobertura de Assistência médica. **Não é necessário preencher este anexo se apenas estiver solicitando o SNAP.**

Informe-nos sobre seu(s) familiar(es) indígena(s) americano(s) ou nativo(s) do Alasca.

Os índios americanos e os nativos do Alasca podem obter serviços dos Serviços de saúde indígena, programas de saúde tribal ou programas de saúde indígena urbanos. Eles também podem não precisar pagar compartilhamento de custos e podem obter períodos especiais de inscrição mensal. Responda às seguintes perguntas para garantir que sua família receba o máximo de ajuda possível.

OBSERVAÇÃO: se você tiver mais pessoas para incluir, faça uma cópia desta página e anexe-a.

INDIVÍDUO 1 IA/NA		Preencha todas as informações.	
Nome (nome, nome do meio, sobrenome):		É membro de uma tribo reconhecida pelo governo federal? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, nome da tribo: _____ Estado: _____	
Essa pessoa já recebeu algum serviço do Serviço de saúde indígena, de um programa de saúde tribal ou de um programa de saúde indígena urbano, ou por meio de uma indicação de um desses programas? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Se não, essa pessoa é elegível para receber serviços do Serviço de saúde indígena, de programas de saúde tribais ou de programas de saúde indígena urbanos, ou por meio de uma indicação de um desses programas? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Certos valores recebidos podem não ser contabilizados para cuidados de saúde. Liste qualquer renda (quantia e frequência) informada em seu requerimento que inclua recursos dessas fontes: <ul style="list-style-type: none"> • Pagamentos à tribo per capita provenientes de recursos naturais, direitos de uso, locações ou direitos de propriedade. • Pagamentos de recursos naturais, agricultura, pecuária, pesca, locações ou outros direitos de terras designadas como terras indígenas pelo Departamento do Interior (incluindo reservas e antigas reservas). • Dinheiro proveniente da venda de itens com significado cultural. 		\$ _____ Com que frequência? _____	

INDIVÍDUO 2 IA/NA		Preencha todas as informações.	
Nome (nome, nome do meio, sobrenome):		É membro de uma tribo reconhecida pelo governo federal? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, nome da tribo: _____ Estado: _____	
Essa pessoa já recebeu algum serviço do Serviço de saúde indígena, de um programa de saúde tribal ou de um programa de saúde indígena urbano, ou por meio de uma indicação de um desses programas? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Se não, essa pessoa é elegível para receber serviços do Serviço de saúde indígena, de programas de saúde tribais ou de programas de saúde indígena urbanos, ou por meio de uma indicação de um desses programas? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Certos valores recebidos podem não ser contabilizados para cuidados de saúde. Liste qualquer renda (quantia e frequência) informada em seu requerimento que inclua recursos dessas fontes: <ul style="list-style-type: none"> • Pagamentos à tribo per capita provenientes de recursos naturais, direitos de uso, locações ou direitos de propriedade. • Pagamentos de recursos naturais, agricultura, pecuária, pesca, locações ou outros direitos de terras designadas como terras indígenas pelo Departamento do Interior (incluindo reservas e antigas reservas). • Dinheiro proveniente da venda de itens com significado cultural. 		\$ _____ Com que frequência? _____	





Cobertura de saúde do(s) emprego(s)

Informe-nos sobre o emprego que oferece cobertura. Você **NÃO** precisa responder a essas perguntas, a menos que alguém da família seja elegível para cobertura de saúde em um emprego. **Não é necessário preencher este anexo se estiver solicitando apenas o SNAP.**

Escreva seu nome e Número de Seguro Social na seção Informações do funcionário. Talvez seja necessário pedir ao seu empregador que o ajude a preencher a seção Informações do empregador. Se não conseguir obter essas informações do seu empregador em tempo hábil, ou se achar que o preenchimento dessas informações atrasaria o início do seu requerimento, você poderá enviar sua solicitação sem o Anexo B.

Anexe uma cópia desta página para cada emprego que ofereça cobertura.


INFORMAÇÕES DO FUNCIONÁRIO

Nome do funcionário (nome, nome do meio, sobrenome):	Número de Seguro social:
--	--------------------------

INFORMAÇÕES DO EMPREGADOR

Nome do empregador:	Número de identificação do empregador (EIN)
---------------------	---

Endereço do empregador (inclua rua, número, cidade, estado e código postal +4):	Número de telefone do empregador: ()
---	--

Com quem podemos entrar em contato sobre a cobertura de saúde do funcionário neste emprego? 	Número de telefone (se diferente do acima): ()	E-mail:
---	--	---------

O funcionário é elegível atualmente para a cobertura oferecida por este empregador, ou será elegível nos próximos três meses?

- Sim** (continuar) Se o funcionário não for elegível hoje, inclusive devido a um período de carência ou de experiência, quando ele será elegível para receber a cobertura? _____
- Não** (PARE e devolva este formulário ao funcionário)

Informe-nos sobre o **plano de saúde** oferecido por este **empregador**.

- O empregador oferece um plano de saúde que cobre o cônjuge ou dependente(s) do funcionário? Se sim, quais pessoas: Cônjuge Dependente(s)
- Não (vá para a próxima pergunta)

- O empregador oferece um plano de saúde que atende ao padrão de valor mínimo?* Sim (vá para a próxima pergunta) Não (PARE e devolva o formulário ao funcionário)

Para o plano de menor custo que atenda ao padrão de valor mínimo* oferecido **somente ao funcionário** (não inclua planos familiares): se o empregador tiver programas de bem-estar, forneça o prêmio que o funcionário pagaria se recebesse o desconto máximo para qualquer programa de combate ao tabagismo e não recebesse nenhum outro desconto com base em programas de bem-estar.

Quanto o funcionário teria de pagar em prêmios por esse plano? \$ _____

Com que frequência? Semanal A cada duas semanas Duas vezes por mês Mensal Trimestral Anual

Se o seu plano terminará em breve e você sabe que os planos de saúde oferecidos mudarão, vá para a próxima pergunta. Se não sabe, PARE e devolva o formulário ao funcionário.

Que mudança o empregador fará para o novo ano do plano?

- O empregador não oferecerá cobertura de saúde
- O empregador começará a oferecer cobertura de saúde aos funcionários ou alterará o prêmio do plano de menor custo disponível apenas para o funcionário que atenda ao padrão de valor mínimo.* (O prêmio deve refletir o desconto para programas de bem-estar. Veja a pergunta acima).

Quanto o funcionário teria que pagar em prêmios por esse plano? \$

Com que frequência? Semanal A cada duas semanas Duas vezes por mês Mensal Trimestral Anual

Data da alteração: (mm/dd/aaaa) _____

*Um plano de saúde patrocinado pelo empregador atende ao "padrão de valor mínimo" se a participação do plano nos custos totais permitidos dos benefícios cobertos pelo plano não for inferior a 60% desses custos (Seção 36B(C)(2)(C)(ii) do Código da Receita Federal de 1986).





Seus direitos e responsabilidades Leia sobre seus direitos e responsabilidades:

DIREITO À NÃO DISCRIMINAÇÃO

Esta instituição está proibida de discriminar com base em raça, cor, nacionalidade, deficiência, idade, sexo e, em alguns casos, religião ou crenças políticas.

O Departamento de Agricultura dos EUA também proíbe a discriminação com base em raça, cor, nacionalidade, sexo, crença religiosa, deficiência, idade, crenças políticas ou represália ou retaliação por atividades anteriores relacionadas a direitos civis em qualquer programa ou atividade realizada ou financiada pelo USDA.

Pessoas com deficiência que necessitem de meios alternativos de comunicação para obter informações sobre o programa (por exemplo, Braille, letras grandes, fita de áudio, língua de sinais americana etc.) devem entrar em contato com a agência (estadual ou local) onde solicitaram os benefícios. Indivíduos surdos, com deficiência auditiva ou de fala podem entrar em contato com o USDA por meio do Serviço de retransmissão federal: (800) 877-8339. Além disso, as informações sobre o programa podem ser disponibilizadas em outros idiomas além do inglês.

Para registrar uma queixa de discriminação no programa, preencha o Formulário de queixa de discriminação no programa do USDA (AD-3027), encontrado no site: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, e em qualquer divisão do USDA, ou escreva uma carta endereçada ao USDA e forneça nela todas as informações solicitadas no formulário. Para solicitar uma cópia do formulário de queixa, ligue para o número: (866) 632-9992. Envie o formulário preenchido ou carta ao USDA pelo correio:

- (1) 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) e-mail: program.intake@usda.gov.

Para qualquer outra informação relacionada a questões do Programa de Assistência Nutricional Suplementar (SNAP), as pessoas devem entrar em contato com o número da linha direta do SNAP do USDA: (800) 221-5689, que também está disponível em espanhol, ou ligar para os números de informações/linhas diretas do estado (clique no link para obter uma lista dos números das linhas diretas por estado), encontrados em: http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm.

Para registrar uma queixa de discriminação com relação a um programa que recebe assistência financeira federal por meio do U.S. Department of Health and Human Services (Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA) (HHS), escreva para: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 ou ligue para: (202) 619-0403 (voz) ou (800) 537-7697 (TTY).

Esta instituição é uma provedora de oportunidades iguais.

DIREITO À CONFIDENCIALIDADE

Manteremos suas informações em sigilo. Elas serão usadas apenas para decidir a quais programas você pode se qualificar. O Escritório de assistência do condado (CAO), quando solicitado, deve fornecer às autoridades policiais federais, estaduais e locais o endereço, o Número de Seguro Social (SSN) e a fotografia (se disponível) de um indivíduo que esteja fugindo para evitar um processo ou prisão por um crime ou que esteja violando a liberdade condicional. Qualquer pessoa que violar conscientemente qualquer uma das normas e regulamentações desse departamento será considerada culpada de uma contravenção e, após a condenação, será sentenciada a pagar uma multa de até \$100,00 (cem dólares) ou a ser presa por um período de até seis meses, ou ambos (62 P.S. seção 483).

DIREITO A UMA NOTIFICAÇÃO POR ESCRITO

Nós lhe enviaremos uma notificação por escrito explicando seus benefícios. Se indeferirmos, alterarmos, suspendermos ou interrompermos os benefícios, forneceremos uma explicação por escrito do motivo. Você terá 30 dias (90 dias para os benefícios do Programa de Assistência Nutricional Suplementar (SNAP)) a partir da data de envio da notificação para solicitar uma audiência.

DIREITO DE RECORRER

Você tem o direito de solicitar uma audiência do Department of Human Services (Departamento de Serviços Humanos) (DHS) para recorrer de uma decisão se acreditar que ela tenha sido injusta ou incorreta, ou se o DHS deixar de agir em relação à sua solicitação de benefícios. Você pode apresentar o recurso no CAO. Se recorrer, você também pode solicitar uma conferência com a agência antes da audiência. Se o seu recurso envolver benefícios SNAP acelerados, você terá o direito de ter essa conferência com um supervisor dentro de dois dias úteis. Na audiência, você poderá se representar ou ser representado por outra pessoa, como um advogado, amigo ou parente.

DIREITO DE ALEGAR UMA BOA CAUSA

Se você solicitar benefícios em dinheiro ou de Assistência médica, a lei exige que você coopere com o estabelecimento da paternidade e a busca de apoio. Você pode ser isento dessas exigências se provar que isso pode ser perigoso para você e/ou seus filhos. Isso é conhecido como boa causa. A menos que uma isenção seja estabelecida por isso, você terá de cumprir os requisitos de emprego e formação. Você também terá de cumprir os requisitos de relatórios semestrais, a menos que uma boa causa seja aceita.

DIREITO A CERTIFICADO DE COBERTURA CREDITÁVEL

A lei federal limita quando a cobertura de saúde pode ser negada ou limitada por uma condição preexistente. Se você se inscrever em um plano de saúde que exclui o tratamento de uma condição pré-existente, você pode receber um crédito pelo tempo em que recebeu cobertura de Assistência Médica. Isso pode ajudar você a obter cobertura. Entre em contato com o seu coordenador de caso para solicitar esse certificado.

RESPONSABILIDADE POR FORNECER INFORMAÇÕES

Você deve fornecer informações verdadeiras, corretas e completas. Você deve ajudar a comprovar as informações fornecidas. Os benefícios poderão ser negados caso não forneça determinadas provas. Se não puder fornecê-las, deverá pedir ajuda ao CAO para obtê-las. Se for contactado pelo DHS ou pelo Office of State Inspector General (Gabinete do inspetor geral do estado), deverá cooperar totalmente com essas pessoas ou investigadores. Se você tiver 55 anos de idade ou mais e receber Assistência médica para pagar por serviços de asilos, serviços de renúncia domiciliar e comunitários e qualquer serviço hospitalar e de prescrição de medicamentos relacionados, poderá ser solicitado a reembolsar o custo desses serviços a partir do seu espólio. Se estiver solicitando assistência em dinheiro, poderemos exigir que assine um acordo para reembolsar os benefícios que você, seu cônjuge e seus filhos receberam.

RESPONSABILIDADE POR FORNECER NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL

Para benefícios em dinheiro, Assistência médica e/ou SNAP, você deve fornecer um SSN para cada pessoa para a qual está requerendo. Se você não tiver um SSN, deverá solicitá-lo. Deixar de fornecer um SSN pode resultar na impossibilidade de receber benefícios. Para benefícios em dinheiro, podemos solicitar um SSN para qualquer pessoa cuja renda ou recursos possam afetar sua elegibilidade ou o valor dos benefícios. Seu SSN será usado para fins de identidade, para correspondências de computador que verificam a renda e os recursos e para evitar a duplicação de benefícios estaduais e federais. Um não cidadão que esteja solicitando apenas Assistência médica de emergência não precisa fornecer um SSN. (Código 42 dos EUA, 1320b-7)

RESPONSABILIDADE DE USAR O CARTÃO PA ACCESS DE FORMA LEGAL

Quando for considerado elegível para os benefícios, você receberá um cartão PA ACCESS. Esse cartão só pode ser usado pela pessoa elegível e somente durante o período de elegibilidade. Você apenas poderá usar o cartão para serviços que sejam necessários e razoáveis.

RESPONSABILIDADE DE INFORMAR ALTERAÇÕES

Se você se qualificar para os benefícios, deverá informar quaisquer alterações em suas circunstâncias ao seu coordenador de caso ou à Central de Atendimento ao Cliente. Os tipos de mudanças relatadas incluem pessoas que estão saindo ou se mudando para o domicílio, um novo endereço, um novo emprego ou a perda de um emprego, o nascimento de uma criança, novas fontes de renda ou mudanças na renda e prêmios de loteria e jogos de azar. Seu coordenador de caso e os avisos que você receber abordarão as especificidades em detalhes com base nos programas e benefícios para os quais você tem direito. Se você não informar as alterações necessárias dentro das diretrizes do programa, isso poderá resultar em perda de benefícios, sanções ou processos civis ou criminais. Você pode informar as alterações ao CAO pessoalmente, por telefone, fax, correio ou por meio da conta MyCOMPASS. Você também pode comunicar alterações à Central de Atendimento ao Cliente pelo telefone 1-877-395-8930 ou, na Filadélfia, pelo telefone 1-215-560-7226, a qualquer momento.

DECLARAÇÃO DA LEI DE PRIVACIDADE

(i) A coleta dessas informações, incluindo o Número de Seguro Social (SSN) de cada membro da família, é autorizada pela Lei de Alimentação e Nutrição de 2008, conforme a emenda, 7 U.S.C. 2011-2036d. As informações serão usadas para determinar se sua família é elegível ou continua a ser elegível para participar do Programa SNAP. Verificaremos essas informações por meio de programas de correspondência de computador. Essas informações também serão usadas para monitorar a conformidade com os regulamentos do programa e para o gerenciamento do programa.

(ii) Essas informações podem ser divulgadas a outras agências federais e estaduais para análise oficial e a agentes da lei com o objetivo de prender pessoas que estejam fugindo da lei.

(iii) Se uma reivindicação do SNAP surgir contra sua família, as informações neste requerimento, incluindo todos os SSNs, poderão ser encaminhados a agências federais e estaduais, bem como a empresas privadas de cobrança, para fins de cobrança.

(iv) O fornecimento das informações solicitadas, incluindo o SSN de cada membro da família, é voluntário. Entretanto, o não fornecimento de um SSN resultará no indeferimento dos benefícios do SNAP para cada indivíduo que não fornecê-lo. Quaisquer SSNs fornecidos serão usados e divulgados da mesma maneira que os SSNs dos membros elegíveis da família.



Proibições e penalidades Leia sobre suas responsabilidades:

SE ISSO ACONTECER SEM UMA BOA CAUSA		ISSO PODE OCORRER (PENALIDADE)
TODOS OS BENEFÍCIOS SNAP ASSISTÊNCIA FINANCEIRA ASSISTÊNCIA MÉDICA	Uso indevido do cartão de transferência eletrônica de benefícios (EBT) ou do cartão PA ACCESS.	Multa, prisão ou ambos.
	Não informar as alterações, conforme exigido.	Corte ou interrupção dos benefícios.
	Fornecer informações falsas, incorretas ou incompletas propositalmente, ou não relatar alterações.	Multa, desqualificação e/ou prisão por fraude à previdência social, desqualificação para processos de audiência administrativa. Não elegível para receber dinheiro: <ul style="list-style-type: none"> • Primeira incidência - 6 meses. • Segunda incidência - 12 meses. • Terceira incidência - permanentemente. Não elegível para o SNAP: <ul style="list-style-type: none"> • Primeira incidência - 12 meses. • Segunda incidência - 24 meses. • Terceira incidência - permanentemente.
	Negociar, vender ou tentar negociar, vender, adquirir ou usar o Cartão ACCESS de outra pessoa.	Não elegível: <ul style="list-style-type: none"> • Todas as condenações judiciais - 12 meses.
SNAP	Usar indevidamente (propositalmente) os benefícios do SNAP, por exemplo, trocar, vender ou comprar o cartão EBT ou os benefícios do SNAP; converter benefícios; ou jogar fora produtos comprados com os benefícios do SNAP para receber depósitos - ou adquirir itens não cobertos pelo SNAP, como álcool ou tabaco - ou usar os benefícios do SNAP para pagar por alimentos já recebidos ou alimentos a crédito.	Não elegível: <ul style="list-style-type: none"> • Primeira incidência - 12 meses. • Segunda incidência - 24 meses. • Terceira incidência - permanentemente. • Primeira condenação judicial acima de \$500 - permanentemente.
	Adquirir um produto com os benefícios do SNAP com a intenção de obter dinheiro ou bonificação que não seja os alimentos elegíveis, revender o produto em troca de dinheiro ou consideração que não seja os alimentos elegíveis.	
	Adquirir propositalmente produtos originalmente comprados com benefícios do SNAP em troca de dinheiro ou outra consideração que não seja os alimentos elegíveis.	
	Usar/receber benefícios do SNAP para comprar drogas ou substâncias controladas.	Não elegível: <ul style="list-style-type: none"> • Primeira incidência - 24 meses. • Segunda incidência - permanentemente.
	Usar/receber benefícios do SNAP para a venda de armas de fogo, munição ou explosivos.	Primeira incidência - inelegibilidade permanente
	Ser condenado por comprar, vender ou trocar benefícios do SNAP por um total de \$500 ou mais.	Inelegibilidade permanente.
	Mentir sobre si mesmo ou onde mora para receber mais de um benefício do SNAP.	Inelegível por 10 anos.
	Fugir para evitar um processo ou prisão por causa de um crime/tentativa de crime - ou fugir por infringir a liberdade condicional.	Inelegível até que cumpra a lei.
ASSISTÊNCIA FINANCEIRA	Não cumprir a pena judicial, incluindo o pagamento de multas, por um crime ou contravenção.	Inelegível até que cumpra a penalidade.
	Mentir sobre onde mora para receber dinheiro em dois ou mais estados.	Inelegível por 10 anos.
	Fugir para evitar processo ou prisão devido a uma condenação por crime/tentativa de crime; deixar de comparecer como réu em um processo judicial criminal quando receber uma intimação ou um mandado de prisão por um delito, crime ou contravenção; fugir por infringir a liberdade condicional; ou ter qualquer mandado ativo pendente.	Inelegível até que cumpra a lei.
Se você for considerado culpado de fraude ou de violação das normas acima:		<ul style="list-style-type: none"> • Multa de até \$250.000 para SNAP e de até \$15.000 para assistência financeira; • Até 20 anos de prisão para SNAP e até 7 anos para assistência financeira; e/ou • Ressarcimento da quantia recebida pelos benefícios. • Desqualificação de benefícios para os períodos indicados acima pelo programa.
NORMAS DO SNAP EM RELAÇÃO AO EMPREGO	Para membros da família - física e mentalmente aptos - acima de 15 anos e abaixo de 60 anos - não isentos de outra forma ou com boa causa.	Não elegível: <ul style="list-style-type: none"> • Primeira incidência - um mês e até que cumpra o exigido. • Segunda incidência - três meses e até que cumpra o exigido. • Três ou mais incidências - seis meses por vez e até que cumpra o exigido.
	Recusar-se a: <ul style="list-style-type: none"> • Aceitar um emprego. • Informar ao CAO sobre o status de trabalho e a disponibilidade de emprego. 	
NORMAS DA ASSISTÊNCIA FINANCEIRA EM RELAÇÃO AO EMPREGO	Não atender às exigências de trabalho de assistência financeira propositalmente, conforme escrito no Acordo de responsabilidade mútua (AMR).	Não elegível: <ul style="list-style-type: none"> • Primeira violação - você ficará inelegível por um período mínimo de 30 dias ou até que o descumprimento termine, o que demorar mais. • Segunda violação - você ficará inelegível por um período mínimo de 60 dias ou até que o descumprimento termine, o que demorar mais. • Terceira violação - você será permanentemente desqualificado.
		Se o motivo da sanção ocorrer nos primeiros 24 meses do recebimento de assistência financeira, seja de forma consecutiva ou descontínua, a sanção se aplicará somente ao indivíduo. Se o motivo da sanção ocorrer após 24 meses do recebimento de assistência financeira, seja consecutiva ou descontínua, a sanção se aplicará a toda a família.



Entendimento de seus direitos e responsabilidades

Ao assinar este formulário:

- Entendo que a Pensilvânia recebe informações do Sistema de verificação de elegibilidade de renda (IEVS), de instituições financeiras, de relatórios de consumidores e de órgãos estaduais e federais para verificar as informações que forneço. As informações disponíveis por meio do IEVS e de outras entidades serão solicitadas, usadas e poderão ser verificadas por meio de contato com profissionais relacionados quando detalhes conflitantes forem encontrados pela agência estadual, e essas informações poderão afetar a elegibilidade e o nível de benefícios da minha família.
- Entendo que, ao assinar este requerimento, estou autorizando qualquer instituição financeira a divulgar, por meios eletrônicos ou outros, toda e qualquer informação financeira mantida por essa instituição ao Departamento de Serviços Humanos ou a seu agente ou contratado designado com a finalidade de identificar e verificar recursos (também chamados de “ativos”) quando necessário para determinar e redeterminar a elegibilidade para Assistência médica. Compreendo que as informações financeiras incluem depósitos, saques, encerramento de contas e outras informações relevantes solicitadas ou recebidas da instituição financeira, incluindo outras transações realizadas por esta instituição com relação à conta ou ao ativo. Entendo que esta autorização é válida até que a elegibilidade para a Assistência médica seja indeferida ou encerrada, ou se eu decidir cancelá-la por meio de notificação por escrito ao departamento, o que ocorrer primeiro. Estou ciente de que, caso cancele essa autorização, isso poderá me tornar ou tornar a minha família inelegível para Assistência médica.
- Entendo que se adulterar ou ocultar fatos que possam afetar minha elegibilidade para benefícios, posso ser obrigado a ressarcir e posso ser processado e desqualificado para receber determinados benefícios futuros.
- Entendo que posso designar um representante autorizado preenchendo a seção Representante autorizado e enviando-a com este requerimento.
- Entendo e concordo que sou responsável por quaisquer declarações falsas feitas neste requerimento, mesmo que seja enviado por outra pessoa em meu nome.
- Declaro que recebi uma cópia de meus direitos e responsabilidades, que os li ou que alguém os leu para mim e que os compreendi.
- Entendo que as informações inseridas neste requerimento serão mantidas em sigilo e usadas somente para administrar os benefícios. Autorizo a divulgação de informações pessoais, financeiras e médicas com a finalidade de determinar a elegibilidade.
- Entendo que o Departamento de Serviços Humanos ou seus representantes podem entrar em contato comigo por métodos que incluem e-mail e mensagens de texto para ajudar a processar meu requerimento ou solicitar feedback sobre este processo. Se não quiser receber e-mails ou mensagens de texto, entendo que o Departamento ainda irá processá-lo.
- Entendo que quaisquer alterações que eu precise informar devem ser informadas nos primeiros 10 dias do mês seguinte ao mês da alteração.
- Entendo que meu domicílio pode perder os benefícios do SNAP se um membro da família receber prêmios de loteria ou jogos de azar equivalentes ou superiores ao limite de recursos do SNAP para famílias com idosos ou deficientes.
- Entendo que receberei uma notificação por escrito explicando os benefícios. Se forem negados, alterados, suspensos ou interrompidos, a notificação por escrito explicará o motivo.
- Entendo que terei 30 dias (90 dias para os benefícios do SNAP (vale-alimentação)) a partir da data da notificação para solicitar uma audiência se não concordar com a decisão tomada sobre este requerimento.
- Entendo que minha situação está sujeita à comprovação de empregadores, fontes financeiras e outros terceiros.
- Entendo que os requerentes devem fornecer seu Número de Seguro Social ou solicitar um, caso não o tenham. Esse número pode ser usado para verificar as informações contidas neste requerimento.
- Entendo que devo usar a Transferência Eletrônica de Benefícios (EBT) ou o Cartão PA ACCESS somente durante o período em que sou elegível. Devo usar o EBT ou o cartão PA ACCESS apenas para a pessoa elegível e só posso obter os benefícios que forem necessários e razoáveis.
- Entendo que não posso usar os fundos da Assistência financeira emitidos por meio do meu Cartão PA ACCESS para fazer transações de EBT em lojas de bebidas alcoólicas, cassinos (jogos de azar, estabelecimentos de jogos) ou locais de entretenimento para adultos.

- Entendo que não preciso fornecer o Número de Seguro Social de ninguém que não esteja solicitando assistência. Se fornecer o número, ele poderá ser usado para verificar as informações contidas neste requerimento.
- Certifico que todas as informações inseridas são verdadeiras, sob pena de perjúrio.
- Entendo que tenho direito a um certificado de cobertura creditável para verificar minha cobertura médica. A legislação federal limita quando a cobertura da Assistência médica pode ser negada ou limitada por uma condição preexistente. Se me inscrever em um plano de saúde de grupo que tenha uma cláusula de condição preexistente, posso obter crédito pelo tempo em que recebi Assistência médica.
- Entendo que, se for considerado elegível para Assistência médica, serei colocado no pacote de benefícios de Assistência médica mais abrangente que estiver disponível. Estou ciente de que posso ser obrigado a me inscrever em um plano de saúde. Entendo que a inscrição em um plano de saúde pode ser gratuita ou de baixo custo para mim, porque o Departamento pagaria uma taxa mensal ao plano de saúde. Entendo que esta taxa é por pessoa. Compreendo que, se eu receber Assistência médica para a qual não sou elegível, devido a erro, fraude ou qualquer outro motivo, poderei ser obrigado a ressarcir o Departamento por todas as taxas pagas em meu nome.
- Se eu receber benefícios em dinheiro, cooperarei com os requisitos do programa de execução de pensão alimentícia para menores, conforme orientado pelo departamento. Concedo ao Departamento e à Seção de relações domésticas o direito de buscar e coletar dinheiro e/ou apoio médico para mim e para outras pessoas para as quais estou enviando este requerimento.
- Entendo que, se eu informar ou fornecer comprovação das despesas domésticas, receberei o valor máximo permitido de benefícios do SNAP (vale-alimentação). O fato de não informar ou fornecer comprovação das despesas domésticas será considerado como uma declaração de que não quero receber uma dedução pela despesa não informada ou não comprovada. (Autoridade: Departamento de Agricultura dos Estados Unidos, Serviço de alimentação e nutrição, Região do Meio Atlântico, Aviso administrativo 6-99, emitido em 4 de janeiro de 1999).
- Entendo que tenho o direito de receber crédito pelas despesas domésticas no momento em que as informo e apresentar comprovação delas a qualquer momento durante o período de certificação do SNAP (vale-alimentação).
- Entendo que tenho o direito de pedir ajuda ao Escritório de assistência do condado (CAO) para obter comprovação das despesas e que o CAO pode entrar em contato com outras pessoas para obter confirmação se eu estiver tendo dificuldade para comprovar itens.
- Entendo que, se alguns ou todos os requerentes não se qualificarem para Assistência médica, eles poderão se qualificar para o CHIP.
- Entendo que, se alguns ou todos os indivíduos requerentes não se qualificarem para Assistência médica, eles poderão se qualificar para benefícios federais e/ou explorar opções de assistência médica privada por meio do Mercado de seguros de saúde da Pensilvânia (Pennie). Se esse for o caso, autorizo o Departamento a fornecer meu nome e as informações contidas neste requerimento ao Pennie.
- Renovação da cobertura em anos futuros:** para facilitar a determinação da minha elegibilidade para auxílio no pagamento da cobertura de saúde em anos futuros, concordo em permitir que o Mercado de seguros de saúde da Pensilvânia (Pennie) use meus dados de renda, inclusive informações de declarações de imposto de renda. O Pennie me enviará um aviso, permitirá que eu faça quaisquer alterações e poderei optar por não participar a qualquer momento.

Sim, renove minha elegibilidade automaticamente para o próximo período:

(Marque uma opção):

- Cinco anos (o número máximo de anos permitido)
- Quatro anos
- Três anos
- Dois anos
- Um ano
- Não use minhas informações de declarações de imposto de renda para renovar minha cobertura.



Quem pode ver e compartilhar minhas informações de saúde?

Os profissionais do DHS (como coordenadores de casos e outros funcionários do programa e do Escritório de assistência do condado) e pessoas de fora do DHS (como nossos contratados, funcionários da organização de manutenção da saúde (HMO), enfermeiros, médicos, terapeutas, assistentes sociais e administradores) podem ver e usar suas informações de saúde para determinar sua elegibilidade para benefícios, tratamento, pagamento ou por outros motivos exigidos ou permitidos. O compartilhamento de suas informações de saúde pode estar relacionado a serviços e benefícios que você tinha antes, recebe agora ou poderá receber mais tarde. O DHS não usará nem compartilhará suas informações genéticas ao decidir sua elegibilidade para o Medicaid.

Por que minhas informações de saúde protegidas são usadas e divulgadas pelo DHS?

Há diferentes motivos pelos quais podemos usar ou divulgar suas informações de saúde protegidas. A lei diz que podemos usar ou divulgar informações sem seu consentimento ou autorização pelos motivos descritos abaixo.

Para tratamentos: podemos usar ou divulgar informações para que você possa receber tratamentos ou serviços médicos. Por exemplo, podemos divulgar informações que o seu médico, hospital ou terapeuta precisa saber para lhe fornecer um atendimento de qualidade e para coordenar o seu tratamento com outras pessoas que estejam auxiliando no seu atendimento.

Para pagamento: podemos usar ou divulgar informações para pagar por seu tratamento e outros serviços. Por exemplo, podemos trocar informações sobre você com seu médico, hospital, casa de repouso ou outra agência governamental para pagar as contas de seu tratamento e serviços.

Para a operação dos programas: podemos usar ou divulgar informações no curso de nossas atividades normais à medida que gerenciamos os diversos programas. Por exemplo, podemos usar suas informações de saúde para entrar em contato com você para fornecer informações sobre consultas, informações relacionadas à saúde e benefícios e serviços. Também podemos analisar as informações que recebemos de seu médico, hospital, casa de repouso e outros provedores de serviços de saúde para analisar como nossos programas estão funcionando ou para analisar a necessidade e a qualidade dos serviços de saúde prestados a você e/ou sua família.

Para atividades de saúde pública: relatamos informações de saúde pública a outras agências governamentais sobre questões como doenças contagiosas, informações sobre vacinação e para o monitoramento de algumas doenças, como o câncer.

Para fins de aplicação da lei e conforme exigido por procedimentos jurídicos: divulgaremos informações à polícia ou a outras autoridades policiais conforme exigido por ordem judicial.

Para programas governamentais: podemos divulgar informações a um provedor, agência governamental ou outra organização que precise saber se você está inscrito em um de nossos programas ou se está recebendo benefícios de outros programas, como o Programa de compensação de trabalhadores.

Para segurança nacional: podemos divulgar informações solicitadas pelo governo federal quando ele estiver investigando algo importante para proteger nosso país.

Para saúde e segurança pública: podemos divulgar informações para evitar ameaças graves à saúde ou à segurança de uma pessoa ou do público.

Para pesquisa: podemos divulgar informações para fins de pesquisa permitida e para desenvolver relatórios. Esses relatórios não identificam pessoas específicas.

Para legistas, diretores de funerárias e doadores de órgãos: podemos divulgar informações a um legista ou médico legista para fins de identificação, determinação da causa da morte, doação de órgãos e motivos relacionados. Também podemos divulgar informações a agentes funerários para realizar tarefas relacionadas a funerais.

Por motivos exigidos por lei ou outros: O DHS pode usar ou divulgar suas informações de saúde protegidas na medida em que o uso ou a divulgação seja exigido por lei. O uso ou a divulgação é feito em conformidade com a lei e é limitado às exigências da lei.

Outras leis também protegem determinadas informações de saúde e meu respeito?

O DHS também segue outras leis federais e estaduais que oferecem proteções adicionais de privacidade para o uso e a divulgação de informações. Por exemplo, se tivermos informações sobre HIV ou abuso de substâncias, com algumas exceções, não poderemos divulgá-las sem uma permissão especial por escrito e assinada que esteja em conformidade com a lei. Em algumas situações, a lei também exige que obtenhamos permissão por escrito antes de usarmos ou divulgarmos informações sobre saúde mental ou deficiências intelectuais e algumas outras informações.



Posso solicitar ao DHS que use ou divulgue minhas informações de saúde?

Às vezes, você pode precisar ou desejar que suas informações de saúde protegidas sejam enviadas ou divulgadas a alguém ou a algum lugar por motivos que não sejam tratamento, pagamento, operação de nossos programas ou outros fins permitidos ou exigidos que não necessitem de sua autorização por escrito. Nesse caso, pode ser solicitado que você assine um formulário de autorização, permitindo que enviemos ou divulguemos suas informações de saúde protegidas conforme sua solicitação.

O formulário de autorização nos informa o que, onde e para quem as informações serão enviadas ou divulgadas. Você pode revogar sua autorização ou limitar a quantidade de informações a serem divulgadas a qualquer momento, informando-nos por escrito, exceto na medida em que o DHS já tenha tomado providências com base na autorização.

Se você tiver menos de 18 anos de idade e, por lei, puder consentir seu próprio tratamento de saúde, você terá o controle dessas informações de saúde. Você pode solicitar que suas informações de saúde sejam enviadas a qualquer pessoa que o esteja auxiliando com seu tratamento de saúde.

Exceto conforme descrito neste Aviso, não usaremos nem divulgaremos suas informações de saúde sem sua autorização por escrito. Por exemplo, a HIPAA geralmente exige autorização por escrito antes que uma entidade coberta possa usar ou divulgar as anotações de psicoterapia de um indivíduo. Na maioria dos casos, a HIPAA também exige autorização por escrito antes que este tipo de entidade possa usar ou divulgar informações de saúde protegidas para fins de marketing ou antes de comercializá-las.

Quais são os meus direitos em relação às minhas informações de saúde?

Como usuário do DHS, você tem os seguintes direitos em relação às suas informações de saúde protegidas que usamos e divulgamos:

Direito de acessar e copiar suas informações de saúde: Você tem o direito de acessar a maioria das suas informações de saúde protegidas e de receber uma cópia delas. Se você quiser cópias das informações que tem o direito ao acesso, poderá ser cobrada uma pequena taxa. Entretanto, em geral, você não pode acessar ou receber uma cópia de: (1) anotações de psicoterapia; ou (2) informações que não podem ser liberadas para você de acordo com a lei federal.

Se negarmos sua solicitação de informações de saúde protegidas, forneceremos uma explicação por escrito sobre a recusa e seus direitos em relação a ela.

O DHS não recebe nem mantém um arquivo de todas as suas informações de saúde protegidas. Médicos, hospitais, casas de repouso e outros provedores de serviços de saúde (inclusive um HMO, se você estiver inscrito em um) também podem ter suas informações de saúde protegidas. Você também tem o direito de obter suas informações de saúde por meio do seu médico ou de outro provedor que tenha esses registros.

Direito de corrigir ou acrescentar informações: se você achar que algumas das informações de saúde protegidas que temos estão incorretas, você pode nos pedir por escrito para corrigir ou acrescentar novas informações. Você pode solicitar que enviemos as informações corrigidas ou novas a outras pessoas que tenham recebido suas informações de saúde de nós. Em alguns casos, poderemos negar sua solicitação de correção ou inclusão de informações. Se a negarmos, forneceremos uma explicação por escrito do motivo. Também explicaremos o que você pode fazer se não concordar com nossa decisão.

Direito de receber uma lista de divulgações: você tem o direito de receber uma lista de para onde suas informações de saúde protegidas foram enviadas, a menos que tenham sido enviadas para fins relacionados a tratamento, pagamento, operação de nossos programas ou se a lei determinar que não somos obrigados a adicionar a divulgação à lista. Por exemplo, a lei não exige que adicionemos à lista quaisquer divulgações que possamos ter feito a você, a familiares ou pessoas envolvidas em seu tratamento, a outras pessoas a quem você nos autorizou a divulgar, ou para informações divulgadas antes de 14 de abril de 2003.

Direito de solicitar restrições de uso e divulgação: você tem o direito de nos pedir para restringir o uso e a divulgação de suas informações de saúde protegidas. Talvez não possamos concordar com sua solicitação. Na realidade, em algumas situações, não temos permissão para restringir o uso ou a divulgação das informações. Se não pudermos atender à sua solicitação, informaremos o motivo. Exceto se exigido de outra forma por lei, devemos atender à sua solicitação para restringir a divulgação a um plano de saúde se a finalidade da divulgação não for para tratamento e os serviços médicos aos quais a solicitação se aplica tiverem sido pagos integralmente.

Direito de solicitar comunicação confidencial: você pode solicitar que nos comuniquemos com você de uma determinada maneira ou em um determinado local. Por exemplo, você pode solicitar que entremos em contato com você somente por correio **Direito de receber notificação de uma violação:** Você tem o direito de receber uma notificação se houver uma violação de suas informações de saúde protegidas.



.Com quem devo entrar em contato para saber dos meus direitos ou para fazer perguntas sobre este aviso?

Você pode entrar em contato com a linha direta da HIPAA do DHS, gratuitamente, pelo número de telefone: 800-692-7462, para discutir seus direitos ou fazer perguntas sobre este aviso. Você também pode entrar em contato com o coordenador do seu caso ou provedor de serviços de saúde, ou escrever para o Privacy Office (Divisão de Privacidade) do DHS, 3rd Floor West, Health and Welfare Building, 7th and Forster Streets, Harrisburg, PA 17120.

Você pode receber informações importantes ou atualizações deste aviso acessando o site do DHS: www.dhs.pa.gov.

Como faço para registrar uma queixa?

Você pode entrar em contato com qualquer um dos departamentos listados abaixo se quiser registrar uma queixa sobre como o DHS usou ou divulgou suas informações. Não há nenhuma penalidade por registrar uma queixa. Seus benefícios não serão afetados ou alterados se você apresentar uma queixa. O DHS e seus funcionários e contratados não podem e nem farão retaliações contra você por registrá-la.

PENNSYLVANIA DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES PRIVACY OFFICE
3RD FLOOR WEST, HEALTH AND WELFARE BUILDING
7TH AND FORSTER STREETS
HARRISBURG, PA 17120

REGION III
U.S. DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES
OFFICE FOR CIVIL RIGHTS
150 S. INDEPENDENCE MALL WEST - SUITE 372
PHILADELPHIA, PA 19106-9111

Vigência: abril de 2003 - revisado em 28 de julho de 2015



Pennsylvania
Department of Human Services



ATTENTION: If you speak another language, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-692-7462 (TDD: 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-692-7462 (TDD: 711).

注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-692-7462 (TDD: 711)。

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вы можете воспользоваться бесплатными услугами перевода. Звоните 1-800-692-7462 (телефакс: 711).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-692-7462 (TDD: 711).

ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អ្ល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។
ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-800-692-7462 (TTY: 711)

ملحوظة: إذا كنت تتحدث لغة أخرى، فسوف تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية مجاناً. اتصل برقم 1-800-692-7462 (رقم هاتف الصم والبكم: 711)

주: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-692-7462 (TDD: 711) 번으로 전화해 주십시오.

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે.
ફોન કરો 1-800-692-7462 (TTY: 711).

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-692-7462 (ATS : 711).

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-692-7462 (TDD: 711).

লক্ষ্য করুন: আপনি যদি বাংলায় কথা বলতে পারেন, তাহলে আপনি বিনা খরচে ভাষা সহায়তা পরিষেবা নিতে পারেন। 1-800-692-7462- নম্বরে কল করুন (TTY: 711)

သတိပြုရန် - အကယ်၍ သင်သည် မြန်မာစကား ကို ပြောပါက၊ ဘာသာစကား အကူအညီ၊ အခမဲ့၊ သင့်အတွက် စီစဉ်ဆောင်ရွက်ပေးပါမည်။ ဖုန်းနံပါတ် 1-800-692-7462 (TTY: 711) သို့ ခေါ်ဆိုပါ။

ATENÇÃO: se fala português, há serviços linguísticos gratuitos disponíveis. Ligue para: 1-800-692-7462 (TDD: 711).

KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 1-800-692-7462 (TDD: 711).

ध्यान दिनुहोस्: यदि तपाईं नेपाली भाषा बोल्नुहुन्छ भने भाषा सहायता सेवाहरू तपाईंको लागि नि:शुल्क रूपमा उपलब्ध छन्। 1-800-692-7462 (TDD: 711) मा फोन गर्नुहोस्।



Pennsylvania
Department of Human Services

