

**FORMULÁRIO DE RECERTIFICAÇÃO DE RESIDÊNCIA SEM ASSISTÊNCIA DE VALE-REFEIÇÃO (NAFS, NON-ASSISTANCE FOOD STAMPS)**

Este formulário será usado na recertificação, no lugar da Solicitação de vale-refeição DFA 285-A1/A2 para residências sem assistência de vale-refeição sujeitas a relatórios trimestrais/orçamento prospectado.

Preencha as informações pessoais a seguir para a pessoa que está solicitando os benefícios de vale-refeição.

Preencha o máximo que puder do formulário, assine a página 5 e entregue no escritório local para vale-refeição. Precisamos pelo menos do seu nome, endereço e assinatura. **Se você estiver sem dinheiro para alimentação, poderá obter vales-refeições de emergência em três (3) dias.**

Tente responder todas as perguntas deste formulário de recertificação.

NOME (NOME, NOME DO MEIO-SOBRENOME)			TELEFONE DE CONTATO ( )			<b>SOMENTE PARA USO DO CONDADO</b>
ENDEREÇO RESIDENCIAL (NÚMERO, RUA)			ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA (CASO SEJA DIFERENTE)			
CIDADE	ESTADO	CEP	CIDADE	ESTADO	CEP	
Você está desabrigado? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Se "SIM", você está morando temporariamente na residência de outra pessoa? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Se "SIM", informe a data em quem você começou a morar nessa residência: _____						

**BENEFÍCIOS EXPEDIDOS**

1. Alguém na residência é um agricultor sazonal/migrante? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
a. Qual foi o valor do seu aluguel ou hipoteca no mês atual? \$ _____	
b. Quais foram os seus gastos com serviços públicos e municipais no mês atual, se separados do aluguel e hipoteca? \$ _____	
c. Quanto você tem em dinheiro? Isso inclui o dinheiro de contas bancárias, na sua residência ou em qualquer outro local. \$ _____ <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
d. Você tem ou receberá alguma receita neste mês? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
<b>Informe todos os rendimentos da sua residência abaixo:</b>	
<b>NOME DA PESSOA QUE RECEBE DINHEIRO</b>	<b>QUANTO POR MÊS?</b>
	\$
	\$

Preencha A, B e C abaixo. Se não completar esta seção, o condado fará isso por você. Marque as opções aplicáveis. ISSO NÃO AFETARÁ SUA ELEGIBILIDADE.

**A. ETNIA**

Você é hispânico ou latino?  SIM  NÃO

**B. ORIGEM ÉTNICA/RACIAL** (Selecione uma ou mais destas opções:)

- Nativo-americano ou nativo do Alasca  Negro ou afro-americano
- Asiático (se marcado, selecione uma destas opções)
- Filipino  Chinês  Japonês  Coreano  Vietnamita  Indo-asiático
- Cambojano  Laosiano  Outro asiático (especifique) \_\_\_\_\_
- Nativo do Havaí ou de outra ilha do Pacífico (se marcar esta opção, selecione um ou mais dos itens a seguir)
- Nativo do Havaí  Guamaniano  Samoano  Outro (especifique) \_\_\_\_\_
- Branco

**C. PRIMEIRO IDIOMA**

- Inglês  Espanhol  Lao  Tagalo  Linguagem de sinais americana
- Cantonês  Cambojano  Vietnamita  Russo  Outro (especifique) \_\_\_\_\_



3. Alguém mora em um destes tipos de instituição ou faz parte de algum programa de alimentação entre os listados abaixo? (marque as opções aplicáveis)  SIM  NÃO
- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Abrigo para sem-teto                    | <input type="checkbox"/> Reserva para nativos-americanos          |
| <input type="checkbox"/> Instituição corretora                   | <input type="checkbox"/> Instituição penitenciária                |
| <input type="checkbox"/> Centro de reabilitação de álcool/drogas | <input type="checkbox"/> Abrigo para mulheres que sofreram abuso  |
| <input type="checkbox"/> Programa de distribuição de alimentos   | <input type="checkbox"/> Hospital psiquiátrico/Instituição mental |

Se SIM, preencha o seguinte:

NOME:	NOME DO CENTRO/ABRIGO/ PROGRAMA DE ALIMENTAÇÃO ETC.	DATA DE ADMISSÃO	DATA ESPERADA DE SAÍDA

4. Você paga a alguém ou alguém paga a você por refeições e/ou um quarto?  SIM  NÃO  
Se SIM, preencha o seguinte:

NOME DA PESSOA QUE PAGA POR REFEIÇÕES/QUARTO	NOME DA PESSOA QUE FORNECE REFEIÇÕES/QUARTO	MARQUE UM: (✓)	VALOR?	FREQÜÊNCIA?	Nº DE REFEIÇÕES POR DIA
		<input type="checkbox"/> Refeições <input type="checkbox"/> Quarto <input type="checkbox"/> Ambos			

5. Alguém maior de 16 anos está matriculado na escola, faculdade ou em um programa de treinamento?  SIM  NÃO  
Se SIM, preencha o seguinte:

NOME DA PESSOA	NOME DA ESCOLA	FREQÜÊNCIA	NÚMERO DE UNIDADES POR SEMESTRE/TRIMESTRE	EMPREGADO
		<input type="checkbox"/> Integral <input type="checkbox"/> Horário parcial <input type="checkbox"/> Outro		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <b>Número de horas:</b>
		<input type="checkbox"/> Integral <input type="checkbox"/> Horário parcial <input type="checkbox"/> Outro		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <b>Número de horas:</b>

6. Alguma pessoa da residência não consegue preparar refeições porque é cego, surdo ou deficiente?  SIM  NÃO  
Se SIM, preencha o seguinte:

NOME	EXPLIQUE

7. Alguém da residência está grávida?  SIM  NÃO  
Se SIM, preencha o seguinte:

NOME	PREVISÃO DA DATA DE NASCIMENTO

8. Você ou algum membro da residência tem gastos com habitação?  SIM  NÃO  
Se SIM, preencha o seguinte:

CUSTOS COM HABITAÇÃO	CUSTO TOTAL	QUANTO VOCÊ PAGA?	QUANTO É PAGO POR PROGRAMAS DE ASSISTÊNCIA DE ALUGUEL, COMO HUD, SECTION 8 ETC?	SE OUTRA PESSOA PAGA, QUANTO?	COM QUE FREQÜÊNCIA É COBRADO?
Aluguel					
Pagamento da casa ( <i>hipoteca</i> )					
Impostos sobre propriedade ( <i>Se não houver hipoteca</i> )					
Seguro ( <i>Se não houver hipoteca</i> )					
Outro ( <i>explique</i> ):					

9a. Alguém possui gastos com serviços públicos e municipais?  SIM  NÃO  
 NÃO Se SIM, marque todas as caixas aplicáveis.

Gás		Lixo	
Eletricidade		Esgoto	
Outro combustível (como propano, butano, madeira, carvão etc.)		Telefone/outros meios de comunicação, como Internet etc.	
Água		Outro (explique)	

9b. Você utiliza gás, eletricidade ou outro combustível para aquecimento ou ventilação?  SIM  NÃO  
 Se SIM, marque abaixo.

Serviço Público e Municipal	Usado para Aquecimento ou resfriação?
Gás	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Eletricidade	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Outro Combustível	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

10. Alguém, incluindo crianças, possui um dos recursos indicados abaixo?  SIM  NÃO  
 Se SIM, explique abaixo:

- Dinheiro ou hipotecas
- Mortgages
- compensação diferida de funcionário
- Planos IRA ou Keogh
- Fundos de aposentadoria
- Depósito certificado
- Contas corrente ou de poupança
- Direitos sobre petróleo, mineração ou extração mineral
- Contratos de vendas
- Fundos de fideicomisso
- Ações, Títulos
- Contas do mercado financeiro
- Contas de União de crédito
- Outra

TIPO DE RECURSO	PROPRIETÁRIO	VALOR ATUAL	VALOR DEVIDO (SE HOVER)	NOME E ENDEREÇO DO BANCO	NÚMERO DA CONTA

11. Alguém possui ou está comprando propriedade em algum lugar (dentro ou fora dos Estados Unidos)?  SIM  NÃO  
 Se SIM, preencha o seguinte:

TIPO	ENDEREÇO OU LOCALIZAÇÃO	USADO COMO: <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA <input type="checkbox"/> ALUGUEL	PROPRIETÁRIO:	VALOR ESTIMADO:  VALOR DEVIDO:

12a. Algum membro de sua família está evitando processo, custódia ou prisão após uma condenação?  SIM  NÃO  
 Se SIM, explique abaixo:

NOME	EXPLIQUE	NOME	EXPLIQUE

12b. Algum membro de sua família foi flagrado violando a liberdade condicional?  SIM  NÃO

NOME	EXPLIQUE	NOME	EXPLIQUE

13. A partir de 22 de agosto de 1996, você ou algum membro de sua família foi declarado culpado de um crime relacionado com entorpecentes que não tenha prescrito?  SIM  NÃO

Se Sim:

NOME

DATA DA ACUSAÇÃO

Se Não, vá para a pergunta 15.

**A acusação foi alguma das seguintes:**

• Transportar, importar para este estado, vender, fornecer, administrar, distribuir, possuir para venda, comprar com o propósito de venda, fabricar ou processar componentes com a intenção de fabricar uma substância controlada ou cultivar, colher ou processar maconha?  SIM  NÃO

• Estimular, induzir, solicitar ou intimidar um menor para participar de qualquer uma das atividades acima?  SIM  NÃO

**14. Você ou algum membro de sua família:**

a) Concluiu um programa de tratamento contra drogas reconhecido pelo governo?  SIM  NÃO

b) Participou de um programa de tratamento reconhecido pelo governo?  SIM  NÃO

c) Inscreveu-se em um programa de tratamento contra drogas reconhecido pelo governo?  SIM  NÃO

d) Foi colocado em uma lista de espera de um programa de tratamento contra drogas reconhecido pelo governo?  SIM  NÃO

e) Abandonou o uso de substâncias controladas? (Você deve mostrar provas ao funcionário)  SIM  NÃO

Se SIM, explique:

15. Você pode autorizar uma pessoa a agir em nome do chefe da residência em caso de doença ou outras circunstâncias.

Se deseja autorizar alguém, preencha abaixo:

NOME DO REPRESENTANTE AUTORIZADO	ENDEREÇO	TELEFONE

16. Está interessado em informações ou orientação sobre cobertura médica (Medi-Cal ou Programa da Família Saudável)?  SIM  NÃO

### CERTIFICAÇÃO DE CANDIDATO/PARTICIPANTE

Eu respondi às perguntas acima e li todas as informações. Entendo que as novas regras e penalidades do vale-refeição se aplicam à minha solicitação ou renovação de solicitação de vales-refeições. Entendo as novas regras e concordo em cumpri-las.

O Ministério de Agricultura dos EUA proíbe a discriminação em todos os seus programas e atividades com base em raça, cor, sexo, religião, nacionalidade, idade, deficiência ou crenças políticas. Você poderá enviar uma reclamação se achar que sofreu discriminação. Se você discorda da decisão do condado, poderá fazer a apelação.

As informações neste formulário podem ser compartilhadas com as agências federais, estaduais e locais somente com o propósito de verificar a elegibilidade ao Programa Food Stamp. Esse processo pode incluir a confirmação do status de imigração pelos Serviços de Imigração e Cidadania dos EUA (USCIS, antigo INS) apenas das pessoas solicitando os benefícios de vale-refeição. As leis federais estipulam que o USCIS não pode usar as informações para casos que não sejam de fraude.

### ASSINATURA

Certifico, sob pena de perjúrio segundo as leis dos Estados Unidos da América e do Estado da Califórnia, que as informações contidas neste formulário são verdadeiras, corretas e estão completas.

Assinatura (Membro Adulto da Residência ou Representante Autorizado):	Data
<b>X</b> Assinatura de testemunha ou intérprete	Data
<b>X</b> Assinatura do funcionário de elegibilidade	Data
<b>X</b>	