FORMULÁRIO PARA CALFRESH, AUXÍLIO EM DINHEIRO, E/OU

PROGRAMAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA/MEDI-CAL

Caso você tenha alguma deficiência ou precise de ajuda com este formulário, comunique ao Departamento de Assistência Social do Condado (Condado) e alguém irá ajudá-lo.

Se preferir falar, ler, ou escrever em algum outro idioma diferente do inglês, o Condado irá nomear alguém para ajudá-lo, sem custo.

Como posso me candidatar?
Utilize este formulário se você estiver solicitando assistência alimentar (CalFresh), auxílio em dinheiro, (Cash Aid), Oportunidades Californianas de Trabalho e Responsabilidade às Crianças(CalWORKS) ou Auxílio em dinheiro para os Refugiados (RCA), Medi-Cal e/ou outros programas de assistência médica. Se quiser solicitar apenas o CalFresh, você poderá pedir ao Condado o formulário apenas para CalFresh. CalFresh é um programa de assistência alimentar para ajudá-lo com o custo da compra de alimentos para sua família. Se você quiser solicitar apenas assistência médica, poderá solicitar ao Condado o formulário específico para assistência medica. A assistência médica inclui: seguro Medi-Cal a baixo custo; seguro médico particular a preço acessível; ou um crédito fiscal que possa ajudá-lo a pagar os prêmios para coberturas de assistência médica. Não utilize este formulário se estiver solicitando apenas assistência médica.

Você também pode solicitar esses programas on-line através do site: http://www.benefitscal.org/.

- Preencha o formulário todo, se possível. Você deve fornecer ao Condado pelo menos seu nome, endereço, e assinatura (pergunta 1 na página 1 do formulário) para iniciar o processo de solicitação de CalFresh. Para auxílio em dinheiro, você deve preencher as perguntas 1 a 5 do formulário das páginas 1 e 2 e assiná-lo para iniciar o processo de solicitação.
- Cada programa tem um símbolo (mostrado não topo desta página), que identifica quais perguntas estão relacionadas a quais programas. Para auxílio em dinheiro, no o cifrão; para CalFresh, é um carrinho de compras; e para assistência médica, é uma ambulância. Por exemplo, se você não estiver solicitando auxílio em dinheiro, não precisa responder as perguntas marcadas apenas com um cifrão.
- Entregue o formulário ao Condado pessoalmente, por correio, por fax, ou on-line.
- A contagem do prazo para resposta à sua solicitação de benefício tem início não dia em que o Condado receber o seu formulário assinado. Caso esteja em uma instituição, esse prazo inicia a partir no dia em que você sair.

O que eu faço em seguida?
- Leia sobre seus direitos e responsabilidades (páginas de Regras do Programa) antes de assinar o formulário.
- Você deve ter uma entrevista com o Condado para discutir a sua solicitação. Caos tenha alguma deficiência, poderão ser tomadas outras medidas.
- Se você não preencheu todo o formulário, poderá completá-lo durante sua entrevista.
- Você precisará fornecer comprovantes de seus rendimentos, seus gastos, e outras circunstâncias para verificar a sua elegibilidade.

Quanto tempo irá demorar?
A sua solicitação pelo benefício CalFresh poderá levar até 30 dias para ser processada. Para auxílio em dinheiro e Medi-Cal, poderá levar até 45 dias. Pergunte ao Condado sobre como receber seus benefícios ou assistência médica de imediato, em caso de alguma emergência.

Você poderá obter benefícios CalFresh no prazo de 3 dias corridos se:

- O rendimento bruto mensal da sua família (rendimento antes de deduções) for menor que US$150 e seu dinheiro em espécie ou em uma conta corrente ou poupança não for superior a US$100; ou se
- Os custos da habitação de sua família(aluguel, hipoteca e serviços) forem superiores ao seu rendimento bruto mensal e o dinheiro em conta corrente ou poupança; ou se
- Você tiver uma família de trabalhadores agrícolas migrantes ou sazonais, com menos de US$100 em conta corrente ou poupança, e 1) seus rendimentos cessaram, ou 2) seus rendimentos já iniciaram, mas você não espera receber mais de US$25 nos próximos 10 dias.

Para auxílio em dinheiro, você poderá obter assistência de imediato se:

- Estiver desalojado, ou tiver recebido uma ordem de despejo, ou uma ordem para pagar o aluguel ou se mudar; ou
- Seus alimentos irão acabar dentro de três dias; ou
- Seus serviços públicos já foram ou serão desligados; ou
- Não tiver roupas ou fraldas suficientes; ou
- Tiver outro tipo de emergência importante para a sua saúde ou segurança.

Página Informacional – Por favor, leve e guarde para seus registros.

Para ajudar o Condado a verificar se você é elegível para obter benefícios mais rapidamente, por favor, responda às perguntas 1, 6 a 9, 15, e 24, e forneça comprovante de identidade (se você tiver) ao Condado juntamente com o formulário.

O Condado irá enviar uma carta para avisá-lo se a sua família foi aprovada ou rejeitada para receber os benefícios solicitados.

O que é necessário para a minha entrevista?
Para evitar atrasos, leve comprovantes dos seguintes itens para a sua entrevista. Mantenha a sua entrevista, mesmo que você não tenha o comprovante. Durante a entrevista, o Condado verificará as informações do formulário e lhe fará perguntas para verificar se você é elegível para receber os benefícios e o valor que poderá ser fornecido.

Comprovantes necessários para obter benefícios

- Identificação (Carteira de Motorista, Carteira de Identidade Estadual, Passaporte).
- As certidões de nascimento de todos que estiverem solicitando auxílio em dinheiro.
- Comprovante de residência (contrato de aluguel, ou uma fatura atual com seu endereço listado).
- Os números de Seguro Social (SSNs) de todos que estiverem solicitando assistência (veja ao lembrete abaixo sobre determinados não cidadãos).
- O dinheiro disponível não banco para todas as pessoas de sua residência (extratos bancários recentes).
- Os rendimentos de trabalho de todas as pessoas da família dos últimos 30 dias (holerites recentes, ou uma declaração de emprego de um empregador) **LEMBRETE:** Se você for autônãomo, rendimentos e despesas ou seus arquivos fiscais.
- Rendimentos não obtidos de trabalho (subsídios de desemprego, rendimento de seguro suplementar – SSI, pensões de veteranos, indenização por acidente de trabalho, bolsas ou empréstimos, rendimento de aluguel, etc.).
- Status legal de imigração **APENAS** para não cidadãos legais que estiverem solicitando benefícios (Carteira de Registro de Estrangeiro, visto). **LEMBRETE:** Alguns não cidadãos determinados que estiverem solicitando status de imigração com base em violência doméstica, acusação de crime ou de tráfico, poderão não precisar desse comprovante. Eles também poderão não precisar de um Número de Segurança Social (SSN).

Comprovantes necessários para obter <u>Mais</u> Benefícios CalFresh

- Gastos de habitação (recibos de aluguel, faturas de hipotecas, faturas de impostos sobre imóveis, documentos de seguros).
- Gastos de telefone e serviços públicos.
- Despesas médicas para qualquer pessoa em sua residência que for idosa (com 60 anos ou mais), ou deficiente.
- Gastos com cuidados de crianças e adultos devido a alguém que está trabalhando, procurando emprego, participando de um treinamento ou frequentando a escola, ou participando de uma atividade exigida pelo emprego.
- Assistência à criança paga por uma pessoa de sua residência.

Comprovantes adicionais necessários para a assistência Médica

- Informações sobre qualquer seguro de saúde relacionado ao emprego que estiver disponível para a sua família.
- O número da apólice de qualquer seguro de saúde atual.

Comprovantes adicionais necessários para auxílio em dinheiro

- Comprovantes de vacinações para crianças com seis anos de idade ou menos.
- Registro dos veículos de sua propriedade ou de alguém para quem você está solicitando.

E se eu estiver desalojado?
Por favor, comunique imediatamente o Condado se você estiver desalojado, para que possam ajudá-lo a identificar um endereço de referência para aceitação de seu formulário e recebimento de nãotificações do Condado em relação ao seu caso. Para CalFresh e auxílio em dinheiro, o termo “desalojado” significa que você está:

A. Morando em um abrigo supervisionado, uma casa transitória, ou um lugar parecido.
B. Morando na casa de outra pessoa ou família por não mais de 90 dias consecutivos.
C. Dormindo em um lugar que não é destinado, ou usado normalmente para dormir (um corredor, uma rodoviária, um vestíbulo, ou locais similares).

Página Informacional – Por favor, leve e guarde para seus registros.

DIREITOS E RESPONSABILIDADES

Você tem a responsabilidade de:

- Fornecer ao Condado todas as informações necessárias para identificação de sua elegibilidade.
- Fornecer ao Condado comprovante das informações disponíveis, quando necessário.
- Comunicar alterações, conforme requerido. O Condado lhe fornecerá informações sobre o que, quando e como comunicar. Para obtenção de CalFresh (Programa Nutricional) e auxílio financeiro, se você não satisfizer as exigências de comunicação de sua família, seu caso pode ser fechado e seus benefícios podem ser reduzidos ou descontinuados.
- Buscar, obter e manter um emprego, ou participar de outras atividades se o Condado determinar a necessidade no seu caso.
- Cooperar plenamente com os profissionais do condado, estado ou governo federal se seu caso for selecionado para revisão ou investigação para averiguar se a sua elegibilidade e nível de benefícios foram calculados corretamente. A falta de cooperação nessas revisões resultará na perda de seus benefícios.
- Reembolsar qualquer auxílio financeiro ou benefícios CalFresh pelos quais você não era elegível.

Você tem o direito de:

- Entregar um pedido para o benefício CalFresh, fornecendo somente o seu nome, endereço e sua assinatura.
- Dispor de um intérprete fornecido pelo Estado sem custo, em caso de necessidade.
- Ter as informações fornecidas ao Condado mantidas confidenciais, a não ser que estejam diretamente relacionadas à administração dos programas do Condado.
- Retirar sua solicitação a qualquer tempo antes do Condado determinar a elegibilidade.
- Solicitar ajuda para preenchimento de seu pedido ou auxílio para obter o comprovante necessário, e receber uma explicação das regras.
- Ser tratado com cortesia, consideração e respeito, e não ser discriminado.
- Receber benefícios CalFresh no prazo de 3 dias se você se qualificar para Serviço Expedido.
- Receber auxílio financeiro no prazo de um dia se você se qualificar para Necessidades Imediatas.
- Ser entrevistado pelo Condado dentro de um período razoável quando você se candidatar, e ter sua elegibilidade determinada no prazo de 30 dias para o benefício CalFresh, ou 45 dias para auxílio financeiro e Medi-Cal.
- Ter um prazo de pelo menos 10 dias para fornecer ao Condado o comprovante necessário para determinação de sua elegibilidade.
- Receber um aviso por escrito no prazo de pelo menos 10 dias antes do Condado diminuir ou descontinuar seus benefícios CalFresh ou de auxílio financeiro.
- Discutir seu caso com o Condado e revisá-lo quando fizer uma solicitação.
- Solicitar uma audiência estadual no prazo de 90 dias se você não concordar com a decisão do Condado quanto a seu caso. Se você solicitar uma audiência antes de acontecer qualquer ação no seu caso, seus benefícios permanecerão até a audiência ou até o fim do seu período de certificação, o que acontecer primeiro. Você pode solicitar ao Condado que permita que seus benefícios mudem até depois da audiência, para evitar a necessidade de reembolsar quaisquer benefícios pagos em excesso. Se o Juiz da Lei Administrativa resolver a seu favor, o Condado devolverá quaisquer benefícios que forem indisponibilizados.
- Perguntar sobre seus direitos de audiência ou obter referência de assistência jurídica nos números de ligação gratuita: **1.800.952.5253**; ou, para os portadores de deficiências auditivas ou de fala, que usarem TTS (TDD): **1.800.952.8349.** Você poderá obter assistência jurídica gratuita em sua agência local de direitos de assistência jurídica ou previdência social.
- Trazer um amigo ou outra pessoa com você à audiência se não quiser vir sozinho.
- Obter assistência do Condado para registrar para votar.
- Comunicar alterações que não lhe foram exigidas, se isso puder aumentar seus benefícios CalFresh ou auxílio financeiro.
- Fornecer comprovante dos seus gastos familiares que lhe possam ajudar a receber maiores benefícios CalFresh. O não fornecimento de comprovantes ao Condado é o mesmo que dizer que você não tem tal gasto, o que resultará no não recebimento de mais benefícios CalFresh.
- Notificar o Condado se você quiser que outra pessoa da sua família utilize seus benefícios CalFresh, ou auxilie com seu caso CalFresh (Representante Autorizado).

  Você também está dando à agência Medi-Cal o direito de procurar e obter assistência médica de um cônjuge ou pai. Caso considere que a cooperação para a obtenção de assistência médica poderá prejudicar você ou seus filhos, você pode informar tal fato à agencia Medi-Cal e poderá não ter que cooperar.

Por favor, leve e guarde para seus registros.

Regras e Penalidades do Programa

Você estará cometendo um crime se fornecer informações falsas ou errôneas, ou se deixar de fornecer todas as informações deliberadamente com o objetivo de obter os benefícios CalFresh, auxílio financeiro e Medi-Cal, aos quais não é elegível, ou ajudar outra pessoa a obter benefícios que não lhe cabem. Você deverá reembolsar quaisquer benefícios que obtiver aos quais você não era elegível. Caso o faça intencionalmente, e receba mais de US$950 em benefícios aos quais não tinha direito, você poderá ser acusado de um delito maior.

Para CalFresh: Estou ciente de que se eu cometer uma violação do programa intencionalmente, por fazer qualquer dos seguintes:	**Eu poderei...**
• esconder informações ou fazer declarações falsas • utilizar cartões de assistência alimentar (EBT) que pertencerem à outra pessoa, ou permitir que outra pessoa utilize o meu cartão • utilizar os benefícios CalFresh para comprar álcool ou tabaco • Negociar, vender, ou doar os benefícios CalFresh ou dos cartões de EBT	• perder os benefícios CalFresh por 12 meses pela primeira infração, e ser obrigado a reembolsar todos os benefícios CalFresh pagos em excesso a mim • perder os benefícios CalFresh por 24 meses pela segunda infração, e ser obrigado a reembolsar todos os benefícios CalFresh pagos em excesso a mim • perder os benefícios CalFresh permanentemente pela terceira infração, e ser obrigado a reembolsar todos os benefícios CalFresh pagos em excesso a mim • ser multado em até US$250.000, ser preso por até 20 anos, ou ambos
• trocar benefícios CalFresh por substâncias controladas, tal como drogas	• perder os benefícios CalFresh por 24 meses pela primeira infração • perder os benefícios CalFresh permanentemente pela segunda infração.
• fornecer informações falsas sobre quem eu sou e sobre onde eu vivo para obter benefícios CalFresh extras	• perder os benefícios CalFresh por 10 anos por cada infração
• ter sido condenado por negociar ou vender benefícios CalFresh num valor de mais de US$500 ou por trocar benefícios CalFresh por armas de fogo, munições ou explosivos	• perder os benefícios CalFresh permanentemente
Para auxílio financeiro, estou ciente de que se eu...	**Eu poderei...**
• for condenado por uma violação do programa intencional • não obedecer às regras de auxílio financeiro • for considerado culpado por cometer certos tipos de fraude por um tribunal ou por uma audiência administrativa	• perder meu auxílio financeiro • ser multada em até US$10.000 e/ou sentenciado à cadeia/prisão por 5 anos • perder o auxílio financeiro por 6 meses, 12 meses, 2 anos, 4 anos, 5 anos, ou permanentemente.

Informações Importantes para não cidadãos

- Você pode solicitar e obter benefícios CalFresh ou auxílio financeiro para as pessoas que são elegíveis, mesmo que a sua família inclua outras pessoas que não são elegíveis. Por exemplo, os pais imigrantes podem solicitar benefícios CalFresh ou auxílio financeiro para seus filhos que são cidadãos ou imigrantes qualificados, mesmo que os pais não sejam elegíveis.
- Receber benefícios alimentares não afetará seu status de imigrante. As informações sobre imigração são privadas e confidenciais.
- O status de imigrante de não cidadãos que forem elegíveis e que solicitarem benefícios será verificado pelo Serviço de Nacionalidade e Imigração dos EUA (USCIS). A lei federal estabelece que o USCIS não pode usar as informações para quaisquer outros fins, exceto não casos de fraude.

Opção de auto-exclusão

Você não é obrigado a fornecer informações de imigração, números de seguro social, ou documentos por quaisquer familiares não cidadãos que não estejam solicitando benefícios. O Condado precisará saber a renda e as fontes dos recursos deles para determinar corretamente os benefícios para sua família. O Condado não entrará em contato com o USCIS sobre as pessoas que não solicitarem benefícios.

Uso dos números de Seguro Social (SSN)

CalFresh e Auxílio financeiro: Toda pessoa que solicitar benefícios CalFresh ou auxílio financeiro precisará fornecer um SSN, se tiver, ou um comprovante de que tenha solicitado um SSN (como uma carta da agência de Segurança Social). Nós podemos negar o benefício a você ou a qualquer familiar que não nos forneça um SSN. Algumas pessoas não são obrigadas a fornecer um SSN para receber assistência, tais como, vítimas de violência doméstica, testemunhas de acusações de crimes, e vítimas de tráfico.

Cobertura de Assistência médica/Medi-Cal: O seu SSN é necessário, caso você deseje cobertura de assistência médica e tenha um SSN. Fornecer seu SSN pode ser proveitoso também se você não quiser cobertura de assistência médica, uma vez que pode agilizar o processo de solicitação. Nós utilizamos os SSNs para verificar rendas e outras informações, para verificar quem é elegível à assistência com o custo de cobertura de assistência médica. Se alguém quiser assistência sobre a obtenção de um SSN, pode ligar para: 1.800.772,1213 ou acessar o site: www.socialsecurity.gov

Concessões em excesso

Isso significa que você recebeu mais benefícios do que deveria receber. Você será obrigado a reembolsá-los, ainda que o Condado tenha cometido um erro, ou mesmo que não tenha sido intencional. Seus benefícios poderão ser reduzidos ou descontinuados. Seu SSN poderá ser utilizado para coletar o valor dos benefícios devidos, através dos tribunais, outras agências de cobranças, ou ação de cobrança impetrada pelo governo federal.

Por favor, leve e guarde para seus registros.

Pagamento em excesso

Isso significa que você recebeu mais auxílio financeiro do que deveria receber. Similar aos os benefícios CalFresh, você será obrigado a reembolsá-lo, ainda que o Condado tenha cometido um erro ou não tenha sido intencional. Seu auxílio financeiro poderá ser reduzido ou descontinuado. Seu SSN poderá ser usado para coletar o valor dos benefícios devidos, através dos tribunais, outras agências de cobranças, ou ação de cobrança impetrada pelo governo federal.

Comunicação

Cada família que receber benefícios deve comunicar determinadas alterações. Seu condado lhe informará sobre as mudanças a serem comunicadas, como e quando comunicá-las. A falta de comunicação das alterações poderá resultar na redução ou descontinuação dos seus benefícios. Você também poderá comunicar o acontecimento de qualquer coisa que possa aumentar seus benefícios, tal como recebimento de menos renda.

Audiências Estaduais

Você tem o direito a uma Audiência Estadual se não concordar com qualquer ação adotada em relação a sua solicitação ou seus benefícios contínuos. Você pode solicitar uma Audiência Estadual no prazo de 90 dias a partir da ação do Condado, devendo comunicar as razões pelas quais você deseja uma audiência. A notificação de aprovação ou de negação recebida do Condado conterá as informações sobre como solicitar uma audiência. Se você solicitar uma audiência antes de iniciada a ação, é possível que você possa reter o mesmo valor dos seus benefícios CalFresh e auxílio financeiro até a decisão ser proferida.

Lei de Privacidade e Divulgação de Informações

Você está fornecendo informações pessoais nesta solicitação. O Condado utiliza essas informações para verificar se você é elegível para os benefícios. Caso não forneça as informações, o Condado poderá negar sua solicitação. Você tem o direito de revisar, alterar, ou corrigir quaisquer informações fornecidas ao Condado. O Condado não mostrará nem fornecerá suas informações a outras pessoas a menos que você lhes dê permissão, ou se eles forem autorizados a fazê-lo pelas leis estaduais ou federais. O Condado verificará essas informações através dos Programas Informatizados, inclusive do Sistema de Verificação de Rendas e Proventos (IEVS). Essas informações serão utilizadas para monitorar o cumprimento dos regulamentos e a administração do programa. O Condado poderá compartilhar essas informações com outras agências estaduais e federais para a finalidade de deter pessoas que estejam fugindo para evitar a lei, e com agências de cobranças de demandas particulares. O Condado poderá verificar o status de imigração dos familiares que solicitarem benefícios mediante contato com o USCIS. A informação que o Condado obtiver através dessas agências poderá afetar a sua elegibilidade e o nível dos seus benefícios.

O Condado utilizará as informações de sua solicitação para verificar sua elegibilidade para a assistência com os pagamentos de cobertura de assistência médica. O Condado verificará suas respostas através de informação dos bancos de dados estaduais e federais, e bancos de dados da Receita Federal dos EUA (IRS), a Administração de Segurança Social, o Departamento de Segurança Nacional (DHS), e/ou uma agência de informação do consumidor. Se a informação não corresponder, o Condado poderá solicitar que você envie um comprovante.

Não-discriminação

A política do Estado e do Condado é de que todo cidadão seja tratado de forma igual, e com respeito e dignidade. De acordo com a lei federal e a Política do Departamento de Agricultura dos EUA (USDA), a discriminação com base na raça, cor, idade, religião, crenças políticas, ou deficiências é estritamente proibida.

Para apresentar uma denúncia de discriminação, entre em contato com seu Coordenador de Direitos Civis do Condado, ou escreva ou ligue para o USDA ou para o Departamento de Serviços Sociais de Califórnia (CDSS):

USDA, Director
Office of Civil Rights, Room 326-W
Whitten Building
1400 Independence Ave.
Washington D.C. 20250-9410
1-202-720-5964 (Voz e áudio)

CDSS
Civil Rights Bureau
P.O. BOX 944243, M.S. 8-16-70
Sacramento, CA 94244-2430
1-866-741-6241 (gratuito)

USDA é um empregador de oportunidades iguais.

Regras de Trabalho para a CalFresh

O Condado poderá inscrevê-lo em um programa de trabalho. Eles o informação se o trabalho será voluntário ou se você deve fazer o programa de trabalho. Caso seja inscrito em uma atividade de trabalho obrigatória e não a fizer, seus benefícios poderão ser reduzidos ou descontinuados.

Você poderá não ser elegível para a CalFresh se tiver saído de um emprego recentemente.

Por favor, leve e guarde para seus registros.

Regras de Trabalho para a CalWORKs (Programa Californiano de Oportunidades de Trabalho e Responsabilidade Direcionada à Crianças)

Se você receber auxílio financeiro, deve participar da Assistência Social ao Trabalho (WTW) a não ser que você seja isento. O Condado lhe informará se você é isento do WTW. Caso não desempenhe as atividades que lhe foram atribuídas, seu auxílio financeiro poderá ser reduzido ou descontinuado.

CalWORKs – Impressões Digitais/Foto-Imagens

Todos os familiares adultos que forem elegíveis para o auxílio financeiro terão que obter uma impressão digital/foto-imagem. Se o indivíduo a quem tenha sido solicitada a cooperação com essas regras não obtiver a impressão digital/foto-imagem, nenhum beneficio será emito à família inteira. As impressões digitais/foto-imagens são confidenciais e só podem ser utilizadas para prevenir ou levar a juízo a fraude de assistência social.

Como obtenho/utilizo o meus benefícios?
CalFresh (vale-refeição) e Cash Aid (auxílio financeiro):

- O Condado lhe enviará ou fornecerá um cartão de transferência eletrônica do benefício (EBT). Os benefícios serão inseridos no cartão quando sua solicitação for aprovada. Você criará um Número de Identificação Pessoal (PIN) para sacar dinheiro de caixas eletrônicos (ATMs) ou comprar alimentos e/ou outros itens.
- Se seu cartão EBT for perdido, roubado, ou destruído, ou caso acredite que alguém não autorizado sabe o seu PIN, ligue para 877.328.9677, ou ligue para o Condado imediatamente para informar o caso ou trocar o seu PIN. Certifique-se de que todos os adultos responsáveis e seu representante autorizado também sabem como comunicar um problema desses imediatamente. Quaisquer benefícios tirados de sua conta antes de você comunicar a perda ou roubo do cartão EBT ou PIN **NÃO** serão reembolsados.
- Você poderá utilizar seus benefícios CalFresh para comprar quase todos os tipos de alimentos, bem como sementes e plantas para cultivar sua própria comida. Você NÃO poderá comprar álcool, tabaco, alimentos para animais, alguns tipos de comidas cozidas ou qualquer coisa que não seja alimento (tal como pasta de dentes, sabão, ou toalhas de papel).
- Os benefícios CalFresh são aceitos na maioria de supermercados e outros lugares que vendem alimentos. O auxílio financeiro também pode ser utilizado na maioria das lojas e na maioria dos ATMs. Alguns ATMs poderão cobrar uma taxa. Também poderá haver uma taxa se você utilizar um ATM para obter dinheiro após três retiradas. Para obter uma lista de locais próximos a você que aceitam EBT, por favor, acesse: https://www.ebt.ca.gov ou https://www.snapfresh.org. Você também poderá informar-se sobre o local onde poderá obter dinheiro sem pagar taxas.
- Os benefícios CalFresh são somente para você e sua família. Seu auxílio financeiro é somente para você e os membros de sua família que forem aprovados para obtenção do auxílio financeiro. Seu auxílio financeiro é para ajudar a atender às necessidades básicas de sua família (moradia, comida, roupas, etc.) Mantenha seus benefícios seguros. Não forneça seu PIN a ninguém. Não guarde seu PIN junto com seu cartão EBT.
- Qualquer uso de seu cartão EBT por você, um familiar, seu representante autorizado, ou qualquer pessoa a quem você der seu cartão EBT e PIN será considerado como aprovado por você e quaisquer benefícios retirados de sua conta **NÃO** serão reembolsados.

Medi-Cal e Assistência Médica:

- Para Medi-Cal, você receberá um Cartão de Identificação de Benefícios (BIC).
  - Assine seu BIC quando você o receber e utilize-o somente para obter assistência médica necessária.
  - Nunca jogue seu BIC no lixo (a não ser que lhe seja fornecido outro BIC). Você precisa guardar seu BIC mesmo que pare de receber Medi-Cal. Você poderá utilizar o mesmo BIC se obtiver auxílio financeiro ou Medi-Cal nãovamente.
  - Leve o BIC ao seu médico quando você ou algum familiar estiver doente ou quando tiver uma consulta.
  - Leve o BIC ao médico que já atendeu você ou a um familiar numa situação de emergência tão logo seja possível após tal emergência.
- Para outros programas de assistência médica, você receberá um cartão de um plano de assistência médica do seu provedor particular.

Por favor, leve e guarde para seus registros.

Utilize tinta negra ou azul, porque é fácil de ler e faz cópias melhores. Escreva suas respostas em letra de forma.
Se você precisar de mais espaço para responder a uma(s) pergunta(s), anexe folhas de papel adicionais para fornecer as informações. Certifique-se de identificar a pergunta sobre a qual você está escrevendo nas folhas de papel adicionais.

1. INFORMAÇÕES DO SOLICITANTE

NOME (PRIMEIRO NOME, NOME DO MEIO, SOBRENOME)	OUTROS NOMES (NOME DE SOLTEIRA, APELIDOS, ETC.)	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (SE VOCÊ TIVER UM E ESTIVER SOLICITANDO BENEFÍCIOS)

ENDEREÇO RESIDENCIAL OU DIREÇÕES PARA A SUA CASA	Nº DO APARTAMENTO #	CIDADE	CONDADO	ESTADO	CEP
ENDEREÇO DE CORREIO (SE FOR DIFERENTE DO INFORMADO ACIMA)	Nº DO APARTAMENTO #	CIDADE	CONDADO	ESTADO	CEP

Desejo receber mensagens sobre meu caso por e-mail. ☐ Sim ☐ Não

Desejo receber informações sobre esta solicitação por e-mail. ☐ Sim ☐ Não

TELEFONE RESIDENCIAL	EMPREGO/ALTERNATIVO/MENSAGENS	ENDEREÇO ELETRÔNICO

Quais são os programas que você está solicitando?
☐ CalFresh (vale-refeição) ☐ Cash Aid (auxílio em dinheiro)
☐ Health Coverage (Cobertura de assistência médica)

Você tem alguma deficiência e precisa de ajuda em solicitar? ☐ Sim ☐ Não

Você é um sem teto? ☐ Sim ☐ Não Se **sim**, comunique o Condado de imediato se você estiver desalojado, para que eles possam ajudá-lo a encontrar um endereço para ser usado na aceitação de seu formulário e para receber notificações do Condado sobre seu caso.

Em qual idioma você prefere ler (Se não for o inglês)?_____
Em qual idioma você prefere falar (Se não for o inglês)?_____

O Condado indicará um intérprete para auxiliá-lo, sem custos. Caso seja surdo ou deficiente auditivo, marque aqui. ☐

O rendimento bruto de sua família é inferior a US$150, e seu dinheiro em mãos, em uma conta corrente ou poupança é inferior a US$100?	☐ Sim ☐ Não	Seus serviços públicos já foram desligados ou você recebeu uma notificação de desligamento?	☐ Sim ☐ Não
A combinação dos rendimentos brutos e dos recursos líquidos de sua família é inferior à combinação de aluguel/a hipoteca e serviços públicos?	☐ Sim ☐ Não	Seus alimentos irão acabar dentro de 3 dias ou menos?	☐ Sim ☐ Não
A sua família é composta por migrantes/trabalhadores agrícolas sazonais com recursos que não excedem US$100?	☐ Sim ☐ Não	Você precisa de ajuda com transporte para obter alimentos, roupas, assistência médica ou outro(s) item(s) de emergência?	☐ Sim ☐ Não
Você recebeu uma ordem de despejo ou uma ordem para pagar o aluguel ou se mudar?	☐ Sim ☐ Não	Você precisa de roupas essenciais, tais como fraldas ou roupas necessárias para tempo frio?	☐ Sim ☐ Não

Alguém está grávida? ☐ Sim ☐ Não Se sim, ela já recebeu uma carteira de Elegibilidade Presumida (Presumptive Elegibility Card)? ☐ Sim ☐ Não

Alguém em sua residência está passando por uma emergência pessoal? ☐ Sim ☐ Não Se **sim**, marque a caixa: ☐ Gravidez ☐ Necessidade médica imediata ☐ Abusos contra crianças ☐ Abusos domésticos ☐ Abusos contra idosos ☐ Outra emergência que ameaçar a saúde ou a segurança. Explique:

Estou ciente de que, ao assinar este formulário, sob pena de perjúrio (ato de fazer declarações falsas):

- Eu li, ou alguém leu para mim as informações deste formulário, bem como as minhas respostas às perguntas neste formulário.
- Quaisquer respostas que eu dei nas páginas 1 a 18, e nos apêndices A a C do SAWS 2 PLUS são verdadeiras, corretas, e completas no melhor do meu conhecimento.
- Eu li, ou alguém leu para mim os Direitos e Responsabilidades, e atesto que entendo e concordo com todos eles (Regras do Programa, Página 1).
- Eu li, ou alguém leu para mim as Regras do Programa e as Penalidades (Regras do Programa, Páginas 2 – 4).
- Estou ciente de que o fornecimento de declarações falsas ou enganosas, ou a ocultação ou omissão de fatos para garantir a elegibilidade constitui fraude, e que eu poderei ser sujeito a penas de acordo com a lei federal, caso forneça informações falsas ou inverídicas. A fraude poderá resultar em um procedimento criminal a ser movido contra mim e/ou eu poderei ser impedido durante algum período de tempo (ou por toda a vida) de obter benefícios CalFresh e auxílio em dinheiro.
- Estou ciente de que os Números de Seguro Social ou do Status de Imigração dos membros do meu agregado familiar que estiverem solicitando benefícios poderão ser compartilhados com as agências governamentais, de a cordo com a lei federal.
- Autorizo a Agência Medi-Cal o direito de procurar e obter qualquer outro valor de outro seguro de saúde, conciliações judiciais, ou outros terceiros.

ASSINATURA DO SOLICITANTE, FAMILIAR CUIDADOR (OU MEMBRO DO AGREGADO FAMILIAR ADULTO/REPRESENTANTE AUTORIZADO*/GUARDA LEGAL) ***Se você tiver um Representante Autorizado, complete a Pergunta 2 na página seguinte.**	DATA
ASSINATURA DE CÔNJUGE, OUTRO PARENTE, OUTRO ADULTO ASSISTIDO, OU PARCEIRO(A) DOMÊSTICO(A) CADASTRADO(A)	DATA

2. REPRESENTANTE AUTORIZADO DO AGREGADO FAMILIAR

Você poderá autorizar uma pessoa quem tiver mais do que 18 anos de idade para ajudar o seu agregado familiar com os seus benefícios CalFresh. Essa pessoa também poderá falar em seu nome na entrevista, bem como comunicar quaisquer alterações. Você terá que reembolsar todos os benefícios que obtiver por erro devido às informações que essa pessoa fornecer ao Condado, e quaisquer benefícios gastos por ela que não foram autorizados por você não serão reembolsados. Se você for um Representante Autorizado, terá que fornecer comprovante de sua identidade e do solicitante ao Condado.

Você deseja nomear alguém para auxiliá-lo com a sua solicitação do benefício CalFresh? ☐ Sim ☐ Não
Se **sim**, complete a seção seguinte:

NOME DO REPRESENTANTE AUTORIZADO	NÚMERO DE TELEFONE DO REPRESENTANTE AUTORIZADO

Você deseja nomear alguém para receber e utilizar os Benefícios CalFresh em nome do seu agregado familiar? ☐ Sim ☐ Não
Se **sim**, complete a seção a seguinte:

NOME	NÚMERO DE TELEFONE

ENDEREÇO	CIDADE	ESTADO	CEP

2a. REPRESENTANTES AUTORIZADOS DE SEGUROS DE SAÚDE

Você poderá conceder permissão a uma pessoa de confiança para que ela fale sobre a sua solicitação de seguros médicos, confira suas informações, e aja em seu nome nos itens desta parte de seu formulário. Você deseja indicar um representante autorizado para a parte de seguros médicos em seu formulário? ☐ Sim ☐ Não Se sim, preencha as informações no Apêndice C.

3. Você ou algum membro de sua família é Nativo-americano ou Nativo do Alasca? ☐ Sim ☐ Não
Se sim, e ele(s) estiver(em) solicitando assistência médica, vá para o Apêndice B para perguntas adicionais.

RAÇA/ETNIA

As informações sobre raça e etnia são opcionais. São solicitadas para assegurar que os benefícios sejam fornecidos independente de raça, cor, ou origem nacional. Suas respostas não influirão na sua elegibilidade nem no valor dos benefícios. Marque todas que se aplicam a você. A lei estabelece que o Condado deve cadastrar seu grupo étnico e a sua raça.

☐ Marque esta caixa se você não quiser fornecer informações sobre sua raça e etnia ao Condado. Se você não o fizer, o Condado cadastrará essa informação apenas para estatísticas de direitos civis.

ETNIA	VOCÊ É DE ORIGEM HISPÂNICA, LATINA, OU ESPANHOLA? ☐ Sim ☐ Não	SE VOCÊ FOR DE ORIGEM HISPÂNICA, LATINA, OU ESPANHOLA, VOCÊ SE CONSIDERA ☐ Mexicano ☐ Portoriquenho ☐ Cubano ☐ Outro_____

RAÇA/ORIGEM ÉTNICA

☐ Caucasiano ☐ Nativo-americano ou Nativo do Alasca ☐ Preto ou Afro-Americano ☐ Outro ou Mestiço _____

☐ Asiático (se for marcado, selecione um ou mais dos seguintes):

☐ Filipino ☐ Chinês ☐ Japanês ☐ Cambojano ☐ Coreano ☐ Vietnamita ☐ Indígena asiático ☐ Laotiano

☐ Outro país asiático (especifique)_____

☐ Nativo do Havaí ou de Outras Ilhas do Pacífico (Se for marcado, selecione um ou mais dos seguintes): ☐ Nativo do Havaí

☐ Nativo do Guam ou Chamorro ☐ Samoano

4. PREFERÊNCIAS DE ENTREVISTA

Você deverá ter uma entrevista com o Condado para discutir sua solicitação e obter benefícios CalFresh ou auxílio em dinheiro. As entrevistas normalmente são feitas por telefone, a não ser que você possa ser entrevistado no momento que que entregar o seu formulário pessoalmente ao Condado, ou se você preferir uma entrevista presencial. Caso esteja solicitando CalWORKS e CalFresh, sua entrevista para o CalFresh será feita ao mesmo tempo em que a sua entrevista para o CalWORKS, durante as horas úteis normais.

☐ Mmarque nesta caixa se você preferir uma entrevista presencial para obter oi benefício CalFresh.

☐ Marque esta caixa se você preferir outros arranjos devido a alguma deficiência.

5. OUTROS PROGRAMAS

Alguém do seu agregado familiar já recebeu assistência pública? (Assistência Temporária para Famílias Carentes, [TANF], TANF Tribal, Medicaid, Programa de Assistência Suplementar de Alimentos [food stamps], Assistência Geral/Socorro Geral, etc.)?

☐ Sim ☐ Não

SE **SIM,** QUEM RECEBEU?	ONDE *(CONDADO/ESTADO)?*
SE **SIM,** QUEM RECEBEU?	ONDE *(CONDADO/ESTADO)?*

6. INFORMAÇÕES SOBRE O AGREGADO FAMILIAR: ADULTOS

Complete as informações seguintes para todos os adultos na casa. Se ele(s) estiver(em) solicitando cobertura de assistência médica, também inclua quaisquer adultos incluídos em sua declaração fiscal.
Para solicitações de de não cidadãos, por favor, complete as perguntas adicionais 6e e 6f.

SOLICITAÇÃO DE BENEFÍCIOS *(indique cada tipo)*				**NOME** (Sobrenome, Primeiro nome, Inicial do meio)	Qual é o grau de relacionamento dessa pessoa com você?	**DATA DE NASCIMENTO**	**GÊNERO** (M OU F)	Estado Civil					Estudante em período integral (marque se for "sim")	Deficiente (marque se for "sim")	Responda à pergunta seguinte para cada pessoa que está se candidatando ao benefícios. **CIDADÃO** OU **NACIONAL DOS EUA** (marque Sim ou Não) **Se não,, complete a pergunta 6e.**	O Número de Seguro Social é opcional para os membros que não estiverem solicitando benefícios. **NÚMERO DE SEGURO SOCIAL**
CalFresh	Cash Aid	Medi-Cal Assistência médica	Nenhum					Solteiro(a)	Casado(a)	Separado(a)	Divorciado(a)	Viúvo(a)				
☐	☐	☐	☐					☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐ Sim ☐ Não	
☐	☐	☐	☐					☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐ Sim ☐ Não	
☐	☐	☐	☐					☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐ Sim ☐ Não	
☐	☐	☐	☐					☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐ Sim ☐ Não	
☐	☐	☐	☐					☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐ Sim ☐ Não	

6a. Todas as pessoas listadas na pergunta 6 têm as mesmas informações de contato? ☐ **Sim** ☐ **Não** **Se não, preencha as informações de contato para essa pessoa abaixo. If sim, please skip to the next question.**

NOME (PRIMEIRO NOME, NOME DO MEIO, E SOBRENOME)	ENDEREÇO RESIDENCIAL (RUA)	Nº DE APARTAMENTO #	CIDADE	ESTADO	CEP
NÚMERO DE TELEFONE RESIDENCIAL	ENDEREÇO DE CORREIO (SE FOR DIFERENTE DO INFORMADO ACIMA)	Nº DE APARTAMENTO #	CIDADE	ESTADO	CEP
EMPREGO/ALTERNATIVO/MENSAGENS	ENDEREÇO ELETRÔNICO (OPCIONAL)				

NOME (PRIMEIRO NOME, NOME DO MEIO, E SOBRENOME)	HOME (STREET) ADDRESS	Nº DE APARTAMENTO #	CIDADE	ESTADO	CEP
NÚMERO DE TELEFONE RESIDENCIAL	ENDEREÇO DE CORREIO (SE FOR DIFERENTE DO INFORMADO ACIMA)	Nº DE APARTAMENTO #	CIDADE	ESTADO	CEP
EMPREGO/ALTERNATIVO/MENSAGENS	ENDEREÇO ELETRÔNICO (OPCIONAL)				

6b. INFORMAÇÕES SOBRE AGREGADO FAMILIAR: CRIANÇAS

Complete as informações seguintes para todas as crianças na casa. Se você estiver solicitando cobertura de saúde, inclua quaisquer crianças informadas na sua declaração fiscal.
Para os não cidadãos em nome dos quais você esteja se candidatando, complete as perguntas adicionais 6e e 6f.

SOLICITAÇÃODE BENEFÍCIOS (indique cada tipo)				NOME (Sobrenome, primeiro nome, inicial do meio)	Qual é o seu relacionamento com essa pessoa?	DATA DE NASCIMENTO	LOCAL DE NASCIMENTO	GÊNERO (M / F)	Marque todas se aplicarem a um ou a ambos pais da criança					Estudante em período integral (marque se sim)	As vacinações estão correntes? (marque se sim)	Responda à pergunta seguinte apenas para cada pessoa que estiver se candidatando aos benefícios. **CIDADÃO** ou **NACIONAL Dos EUA** (marque Sim ou Não) **Se não, complete a pergunta 6e.**	O Número de Seguro Social é opcional para os membros que não estejam solicitando benefícios. **NÚMERO DE SEGURO SOCIAL**
CalFresh	Cash Aid	Medi-Cal Assistência médica	Nenhum						Não presente na casa	Desempregado	Deficiente	Falecido	Nenhum				
☐	☐	☐	☐						☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐ Sim ☐ Não	
☐	☐	☐	☐						☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐ Sim ☐ Não	
☐	☐	☐	☐						☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐ Sim ☐ Não	
☐	☐	☐	☐						☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐ Sim ☐ Não	
☐	☐	☐	☐						☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐ Sim ☐ Não	

6c. INFORMAÇÕES SOBRE O SEGURO SOCIAL

Todos que estão solicitando assistência têm um Número de Seguro Social? ☐ Sim ☐ Não Se **não**, preencha as informações abaixo.
Nós precisamos do Número de Seguro Social para todos que estiverem se candidatando à assistência. Há algumas exceções para pessoas que forem vítimas de violência doméstica ou outros crimes, tal como o tráfico humano. Se você precisar de ajuda para obter um Número de Seguro Social, ligue para. 1.800.772.1213 ou acesse o endereço: www.socialsecurity.gov.

NOME	MOTIVO POR NÃO TER UM NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	JÁ SOLICITOU UM SSN
	☐ A pessoa é uma criança com menos de um ano de idade. ☐ É contra a religião dessa pessoa. ☐ Essa pessoa não se qualifica para um SSN. ☐ Outro _____	Essa pessoa já solicitou um Número de Seguro Social? ☐ Sim ☐ Não
	☐ A pessoa é uma criança com menos de um ano de idade. ☐ É contra a religião dessa pessoa. ☐ Essa pessoa não se qualifica para um SSN. ☐ Outro _____	Essa pessoa já solicitou um Número de Seguro Social? ☐ Sim ☐ Não

6d. Alguém já serviu ao Serviço Militar dos EUA, ou essa pessoa é esposa, pai, ou filho(a) de alguém que já tenha servido? ☐ Sim ☐ Não

Se **sim**, complete as informações abaixo. Se **não**, continue na próxima pergunta.

Nome	Cidadão dos EUA?	(✔) Status	Dispensa Honrada?	Datas de service
	☐ Sim ☐ Não	☐ Serviço ativo ☐ Veterano(a) ☐ Cônjuge, pai, ou filho(a) de uma pessoa em serviço ativo ou de um(a) veterano(a).	☐ Sim ☐ Não	
	☐ Sim ☐ Não	☐ Serviço ativo ☐ Veterano(a) ☐ Cônjuge, pai, ou filho(a) de uma pessoa em serviço ativo ou de um(a) veterano(a).	☐ Sim ☐ Não	

6e. INFORMAÇÕES SOBRE NÃO CIDADÃOS – COMPLETE SOBRE OS NÃO CIDADÃOS EM NOME DOS QUAIS VOCÊ TENHA SE CANDIDATADO.

Nome	Data de entrada nos EUA (se for conhecida)	Essa pessoa tem status de elegibilidade de imigração ? Sesim, forneça o documento e o número de imigração.	Essa pessoa mora continuamente nos EUA desde 1996?	Essa pessoa é um Cidadão Naturalizado?	É patronicada? (marque Sim ou Não) Se sim, complete a pergunta 6f
		TIPO DE DOCUMENTO: NÚMERO DO DOCUMENTO:	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não
		TIPO DE DOCUMENTO: NÚMERO DO DOCUMENTO:	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não
		TIPO DE DOCUMENTO: NÚMERO DO DOCUMENTO:	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não

Alguém listado acima tem pelo menos 10 anos *(40 trimestres)* de histórico de emprego? ☐ Sim ☐ Não

Se **sim**, quem? _____

Alguém listado acima tem, ou já solicitou, ou pretende solicitar um T-Visa, ou U-Visa, ou petição VAWA? ☐ Sim ☐ Não

Se **sim**, quem? _____

Há alguém que já tenha alterado o seu status de imigração nos últimos 12 meses? ☐ Sim ☐ Não
Se **sim**, complete as informações abaixo.
Se **não**, continue na próxima pergunta.

NOME	O QUE FOI ALTERADO?	DATA DA ALTERAÇÃO	NÚMERO CADASTRAL DE ESTRANGEIRO (SE FOR APLICÁVEL)
NOME	O QUE FOI ALTERADO?	DATA DA ALTERAÇÃO	NÚMERO CADASTRAL DE ESTRANGEIRO (SE FOR APLICÁVEL)

6f. Informações sobre não cidadãos Patrocinados – Por favor, responda para os não cidadãos em nome dos quais você estiver se candidatando.

O(A) patrocinador(a) já assinou uma I-864? ☐ Sim ☐ Não Se **sim**, responda ao resto da pergunta.
Se o(a) patrocinador(a) já assinou uma I-134, **pule** esta pergunta.

O(A) patrocinador(a) regularmente ajuda com dinheiro? ☐ Sim ☐ Não Se sim, quanto? $ _____

O(A) patrocinador(a) regularmente ajuda com algum dos itens seguintes (marque todos que aplicarem)?

☐ aluguel ☐ roupas ☐ alimentos ☐ Outro_____

NOME DO(A) PATROCINADOR(A)	QUEM ESTÁ SENDO PATRONICADO(A)?	NÚMERO DE TELEFONE DO(A) PATROCINADOR(A)
NOME DO(A) PATROCINADOR(A)	QUEM ESTÁ SENDO PATRONICADO(A)?	NÚMERO DE TELEFONE DO(A) PATROCINADOR(A)

6g. Alguém listado na pergunta 6 que tem menos de 21 anos de idade tem um pai que não mora na casa?

☐ Sim ☐ Não Se **sim**, liste o(s) nome(s) da(s) criança(s) e o(s) nome(s) do(s) pai(s) que não moram na casa.
Se não, por favor, continue à próxima pergunta.

NOME DA CRIANÇA	NOME DO(S) PAI(S) QUE NÃO MORA(M) NA CASA
NOME DA CRIANÇA	NOME DO(S) PAI(S) QUE NÃO MORA(M) NA CASA

6h. Há alguém na pergunta 6 que vive com pelo menos uma criança com menos de 19 anos de idade, e essa pessoa é o(a) cuidador(a) principal dessa criança?

☐ Sim ☐ Não Se não, pule para a próxima pergunta. **Se sim, quem é?**_____

6i. Alguém listado na pergunta 6 tem alguma deficiência física, mental, emocional, ou em desenvolvimento que causa limitações nas atividades (tais como tomar banho, vestir-se, fazer as atividade de casa?) ☐ Sim ☐ Não
Se sim, liste o(s) nome(s) da pessoa deficiente. Se não, continue na próxima pergunta.

Nome:_____ Nome:_____

6j. Complete para cada pessoa deficiente listada na pergunta 6.

Nome da pessoa	Essa pessoa precisa de ajuda com as atividades cotidianas mediante assistência particular ou em um centro médico? ☐ Sim ☐ Não Se **sim**, explique:
A deficiência tende a durar: ☐ 30 dias ou mais ☐ 12 meses ou mais	Essa pessoa trabalha, e tem despesas médicas que são necessárias para ajudá-la a continuar a trabalhar? (Por exemplo; uma cadeira de rodas, braçadeira de perna, etc.). ☐ Sim ☐ Não Se sim, por favor, explique.
Essa pessoa precisa de cuidados para que outra pessoa possa trabalhar ou frequentar a escola? ☐ Sim ☐ Não	Essa pessoa está em um centro médico ou um lar de idosos? ☐ Sim ☐ Não Se **sim**, qual é o nome do centro médico ou do lar de idosos?

Name of person	Essa pessoa precisa de ajuda com as atividades cotidianas mediante assistência particular ou em um centro médico? ☐ Sim ☐ Não Se **sim**, explique:
A deficiência tende a durar: ☐ 30 dias ou mais ☐ 12 meses ou mais	Essa pessoa trabalha, e tem despesas médicas que são necessárias para ajudá-la a continuar a trabalhar? (Por exemplo; uma cadeira de rodas, braçadeira de perna, etc.). ☐ Sim ☐ Não Se sim, por favor, explique.
Essa pessoa precisa de cuidado para que a outra pessoa possa trabalhar ou frequentar a escola? ☐ Sim ☐ Não	Essa pessoa está em um centro médico ou em um lar para idosos? ☐ Sim ☐ Não Se **sim**, qual é o nome do centro médico ou do lar de idosos?

6k. Há alguma criança ou alguma pessoa deficiente no agregado familiar que precise de cuidados prestados por outro membro do agregado familiar?

☐ Sim ☐ Não Se **sim**, explique. Se não, pule para a próxima pergunta.

6l. Todas as pessoas que tem entre 6 e 18 anos de idade listadas na pergunta 6b estão regularmente frequentando a escola? ☐ Sim ☐ Não
Se **sim**, liste o nome da criança, e o nome e o endereço da escola que ele frequenta.
Se **não**, explique por que a criança não está frequentando a escola regularmente.

NOME DA CRIANÇA	NOME E ENDEREÇO DA ESCOLA	MOTIVO POR NÃO ESTAR FREQUENTANDO A ESCOLA
NOME DA CRIANÇA	NOME E ENDEREÇO DA ESCOLA	MOTIVO POR NÃO ESTAR FREQUENTANDO A ESCOLA

6m. Estudantes
Alguém que esteja se candidatando a benefícios está frequentando uma faculdade ou uma escola profissionalizante? ☐ Sim ☐ Não
Se **sim**, responda esta pergunta. Se **não**, pule para a próxima pergunta.

Nome da pessoa	Nome da escola/o Treinamento	Status de Matricula (✔ marque um)	Trabalhando?
		☐ A meio período ou mais ☐ Menos de meio período Número de créditos/horas:_____	Média de horas de trabalho por semana: _____
		☐ A meio período ou mais ☐ Menos de meio período Número de créditos/horas:_____	Média de horas de trabalho por semana: _____

6n. Há alguém listado na pergunta 6 ou 6b que esteja grávida ou que seja um pai/uma mãe adolescente? ☐ Sim ☐ Não
Se **sim,** responda esta pergunta. Se **não**, pule para a próxima pergunta.

Nome	Essa pessoa tem menos de 20 anos de idade? ☐ Sim ☐ Não Essa pessoa é um pai/uma mãe adolescente? ☐ Sim ☐ Não	Status de matricula se tiver menos de 20 anos de idade ☐ Tem diploma de segundo grau ☐ Tem certidão de educação geral (GED) ☐ Está regularmente frequentando a escola ☐ Não está regularmente frequentando a escola (explique o motivo):	Data do parto (se for conhecida)	Quantos bebês são esperados neste gravidez?
Nome	Essa pessoa tem menos de 20 anos de idade? ☐ Sim ☐ Não Essa pessoa é um pai/uma mãe adolescente? ☐ Sim ☐ Não	Status de matricula se tiver menos de 20 anos de idade ☐ Tem diploma de segundo grau ☐ Tem certidão de educação geral (GED) ☐ Está regularmente frequentando a escola ☐ Não está regularmente frequentando a escola (explique o motivo):	Data do parto (se for conhecida)	Quantos bebês são esperados neste gravidez?

6o. Alguém já recebeu um bônus ou uma penalidade, ou assistência de creche, de transporte, ou algum outro serviço do Programa Californiano de Educação para Pais Adolescentes (Cal-Learn Program)? ☐ Sim ☐ Não
Se **sim**, responda esta pergunta. Se **não**, pule para a próxima pergunta.

Nome	**Lugar** (Condado)	Data(s) de recebimento

6p. Alguém listado na pergunta 6 já esteve em abrigo para menores em alguma época? ☐ Sim ☐ Não
Se **sim**, explique.

Nome:	Em que época:	Estado:	Essa pessoa tem 26 anos de idade ou menos, e estava em abrigo para menores no dia do seu aniversário de 18 anos? ☐ Sim ☐ Não
Nome:	Em que época:	Estado:	Essa pessoa tem 26 anos de idade ou menos, e estava em abrigo para menores no dia do seu aniversário de 18 anos? ☐ Sim ☐ Não

6q. Há alguma criança de criação morando na sua casa? ☐ Sim ☐ Não Se **sim**, quem é?_____

Por favor, responda às perguntas seguintes sobre a(s) criança(s) de criação:

Essa criança foi colocada na sua casa por uma ordem de dependência judicial? ☐ Sim ☐ Não

Você deseja que a criança seja considerada em sua solicitação pelo benefício CalFresh? ☐ Sim ☐ Não

Se **sim**, o rendimento de abrigo para menores que você receber será calculado como rendimento não ganhado.

Se **não**, o rendimento de abrigo para menores que você receber não será calculado como rendimento não recebido.

6r. Todos os listados na pergunta 6 vivem na Califórnia, e esperam continuar a viver aqui? ☐ Sim ☐ Não

Se for **não**, por favor, explique.

6s. Há alguém listado na pergunta 6 que pretender sair de Califórnia por mais de 30 dias? ☐ Sim ☐ Não

Se **sim**, explique.

NOME	QUANDO É QUE ESSA PESSOA PRETENDE SAIR?	ESSA PESSOA PRETENDE RETORNAR À CALIFÓRNIA? ☐ SIM ☐ NÃO SE SIM, QUANDO:
NOME	QUANDO É QUE ESSA PESSOA PRETENDE SAIR?	ESSA PESSOA PRETENDE RETORNAR À CALIFÓRNIA? ☐ SIM ☐ NÃO SE SIM, QUANDO:

7. Rendimento não proveniente de trabalho

Há alguém que recebe rendimento não proveniente de trabalho (não recebido)? ☐ Sim ☐ Não

Se **sim**, responda esta pergunta.

Se **não**, pule para a próxima pergunta.

Marque todos os tipos de rendimento não recebido que se aplicam aos exemplos seguintes (podem haver outros não listados aqui):

- ☐ Seguro Social de Deficiência
- ☐ SSI/SSP (Rendimento/Pagamentos de Seguro Suplementar)
- ☐ Auxílio em dinheiro
- ☐ CalWORKs(Programa de Trabalho e Responsabilidade a Crianças) / TANF (Assistência Temporária para Famílias Carentes) / GA/GR(Assistência/Auxílio Geral) / CAPI (Auxílio em Dinheiro para Imigrantes) / RCA (Auxílio em Dinheiro para Refugiados)
- ☐ Alojamento e refeições (de um locatário)
- ☐ Pensão
- ☐ Pensão do Cônjuge/Criança
- ☐ Aluguel/Royalties
- ☐ Pensões de aposentação ou benefícios de sobreviventes do Seguro Social.
- ☐ Pagamentos per capita
- ☐ Trabalho e estudos/de assistência social ao trabalho (WTW) ou outros programas
- ☐ Vendas de notas, contratos, contratos fiduciários, notas promissórias
- ☐ Benefícios/Rendimentos do Programa de Educação de Veteranos
- ☐ Pensão de invalidez ou aposentação do governo/ da ferrovia
- ☐ Benefícios de Veteranos ou Pensão Militar
- ☐ Auxílio em dinheiro (concessões/empréstimos/bolsas escolares)
- ☐ Presentes de dinheiro ou outros empréstimos
- ☐ Seguro de Desemprego/Seguro Estadual de Invalidez (SDI)
- ☐ Seguro de Acidente de Trabalho
- ☐ Agricultura/Pesca de Rede
- ☐ Ganhos da loteria/dos jogos de azar
- ☐ Assistência com aluguel/alimentos/roupas
- ☐ Seguros ou disposições jurídicas
- ☐ Seguro de Invalidez ou pensão de aposentação particular
- ☐ Rendimentos de dividendos e juros
- ☐ Benefícios de greve
- ☐ Outro_____ _____

Quem é a pessoa que recebe o dinheiro?	**De onde?**	**Quanto?**	**Com que frequência recebe?** (uma vez, semanalmente, mensalmente, ou outro)	**Tem previsão de continuar?** (Marque Sim ou Não)
				☐ Sim ☐ Não
				☐ Sim ☐ Não
				☐ Sim ☐ Não
				☐ Sim ☐ Não

Se esse rendimento não tem previsão de continuar, explique:

8. Rendimento recebido

Há alguém que recebe rendimento de um emprego (rendimento recebido)? ☐ Sim ☐ Não Se **sim,** responda esta pergunta. Se **não**, pule para a próxima pergunta.

OBSERVE: Se você for autônomo, preencha a pergunta 8a abaixo.

Liste todos os rendimentos **antes de** impostos ou outras deduções serem descontadas (rendimento bruto).

Exemplos de rendimento recebido são (esses exemplos poderão ser de tempo integral, trabalho temporário sazonal, ou treinamento, e alguns poderão não estar listados aqui):

- Rendimento de emprego
- Comissões
- Gorjetas
- Salários
- Trabalho e estudo (estudantes)
- Inclua quaisquer empregos renumerados que o Condado tenha lhe ajudado a obter.

A pessoa que está trabalhando	Nome e Endereço do Empregador	Número de telefone do Empregador	Taxa Horária	Média de horas por semana	Com que frequência é pago? (semanalmente, mensalmente, outro)	Total de Rendimento Bruto Ganhado no Mês Corrente?	Tem previsão de continuar? (✔ Marque Sim ou Não)
			$			$	☐ Sim ☐ Não
			$			$	☐ Sim ☐ Não
			$			$	☐ Sim ☐ Não
			$			$	☐ Sim ☐ Não

Se esse rendimento não tem previsão de continuar, explique:

Há alguém que perdeu um emprego, trocou de emprego, pediu demissão de um emprego, ou que reduziu as horas de trabalho dentro dos últimos 60 dias? ☐ Sim ☐ Não

Dentro do ultimo ano? ☐ Sim ☐ Não

O Condado ajudou essa pessoa a conseguir esse emprego? ☐ Sim ☐ Não

SE SIM, QUEM É?	DATA DA PERDA DO EMPREGO, OU DE DESPEDIDA, OU MUDANÇA	DATA DO ÚLTIMO PAGAMENTO	MOTIVO?

ALGUÉM ESTEVE EM GREVE? ☐ Sim ☐ Não	SE SIM, QUEM É?	DATA EM QUE ENTROU EM GREVE	DATA DO ÚLTIMO PAGAMENTO	MOTIVO?

8a. Autonomia

Membros do agregado familiar que forem autônomos poderão declarar as despesas atuais da autonomia (para obter o benefício CalFresh ou auxílio em dinheiro, poderão declarar uma dedução padrão de 40% do rendimento de autonomia). Para auxílio em dinheiro, você também poderá escolher utilizar uma média mensal (os custos comerciais anuais divididos por 12 meses). Se você escolher despesas atuais, deverá listar suas despesas comerciais em uma folha de papel separada.

Pessoa autônoma	Nome da Empresa	Tipo de Negócios	Data em que se Iniciou a Empresa	Rendimento Bruto Mensal	Despesas de autonomia (por favor, ✔ marque um)	*Rendimento Líquido Mensal
				$	☐ Taxa Fixa - 40% (CalFresh/Auxílio em dinheiro) ☐ Despesas Atuais $ _____ ☐ Média mensal $ _____	$
				$	☐ Taxa Fixa - 40% (CalFresh/Auxílio em dinheiro) ☐ Despesas Atuais $ _____ ☐ Média mensal $ _____	$
				$	☐ Taxa Fixa - 40% (CalFresh/Auxílio em dinheiro) ☐ Despesas Atuais $ _____ ☐ Média mensal $ _____	$

* O rendimento líquido mensal é o rendimento bruto mensal menos as despesas.

9. Outros Rendimentos

Alguém recebe moradia ou aluguel, serviços públicos, alimentos ou roupas gratuitos, ou em troca de trabalho? ☐ Sim ☐ Não

Se **sim**, responda esta pergunta.

Se **não**, pule para a próxima pergunta.

Item Recebido	Gratuito	Em troca de trabalho	Quem recebe o item?	Valor	Quem fornece o item?
Moradia ou Aluguel	☐	☐		$	
Serviços públicos	☐	☐		$	
Alimentos	☐	☐		$	
Roupas	☐	☐		$	

10. Rendimento Anual

Há alguém cujo rendimento total (não ganhado, ganhado, e de autonomia) muda de mês para mês? ☐ Sim ☐ Não

Se **sim**, responda esta pergunta.

Se **não**, pule para a próxima pergunta.

Nome da Pessoa	Qual será o rendimento total dele/dela no ano corrente?	Qual será o rendimento total dele/dela no próximo ano (se acredita que será alterado)?
	$	$
	$	$

11. Despesas de Cuidado de Crianças/Adultos do agregado familiar (a soma atual do custo incorrido se permitir que as despesas potencialmente sejam uma dedução).

Há alguém quem paga pelo cuidado de uma criança, um adulto deficiente, ou algum outro dependente para que você possa trabalhar, frequentar a escola, ou procurar trabalho? ☐ Sim ☐ Não Se **sim**, responda esta pergunta.

Se **não**, pule para a próxima pergunta.

Quem recebe o cuidado?	Quem fornece o cuidado? (nome e endereço do provedor)	Valor pago?	Com que frequência se paga? (semanalmente/ mensalmente, outro)
		$	
		$	
		$	
		$	

Há alguém em sua residência que ajude a pagar todo ou parte de seus custos de cuidado de crianças/adultos listados acima?
☐ Sim ☐ Não Se **sim**, complete abaixo.

Quem recebe o cuidado?	Quem ajuda a pagar?	Valor pago?	Com que frequência se paga? (semanalmente/ mensalmente, outro)
		$	
		$	

12. Pagamentos de Apoio à Criança

Há alguém listado na pergunta 6 que for obrigado legalmente a pagar suporte à criança, inclusive suporte à criança retroativo?
☐ Sim ☐ Não

Se **sim**, responda esta pergunta.

Se **não**, pule para a próxima pergunta.

Quem paga o apoio à criança?	Nome(s) da(s) criança pelas quais se paga o apoio à criança:	Valor pago?	Com que frequência? (semanalmente/ mensalmente, outro)
		$	
		$	

13. Pensão do cônjuge

Há alguém listado na pergunta 6 que tenha sido obrigado legalmente a pagar pensão ao cônjuge? ☐ Sim ☐ Não

Se **sim**, responda esta pergunta.

Se **não**, pule para a próxima pergunta.

Quem paga a pensão do cônjuge?	Valor pago?	Com que frequência? (semanalmente, bi-semanalmente, mensalmente, outro)
	$	
	$	

14. Despesas de Necessidades Especiais

Há alguém que tenha uma condição médica especial, ou uma situação que requer algum dos seguintes?

Uma dieta especial receitada por um médico? ☐ Sim ☐ Não

Um telefone, ou outro aparelho especial? ☐ Sim ☐ Não

Deveres de casa (não há ninguém na casa que possa fazê-lo)? ☐ Sim ☐ Não

Uso de serviços públicos muito caros? ☐ Sim ☐ Não

Um serviço especial de lavanderia? ☐ Sim ☐ Não

Outra necessidade especial? (especifique) ☐ Sim ☐ Não

_____

Por favor, liste o nome da pessoa com necessidade especial e explique:

_____

15. Despesas da Casa

Alguém com quem você compra e prepara as comidas será cobrado por quaisquer despesas do agregado familiar? ☐ Sim ☐ Não

Se **sim**, responda esta pergunta.

Se **não**, pule para a próxima pergunta.

OBSERVE: Não indique valores pagos por assistência de moradia, tais como HUD (Departamento de Moradia e Desenvolvimento Urbano dos EUA), ou a Seção 8 (Programa de Cupão para Escolha de Moradia). Ou aquecimento, ar condicionado, telefone, outros serviços públicos, e abrigo dos desalojados são subsídios fixos. Não é necessário preencher o valor devido atual.

Tipos de Despesas	Quem tem a despesa?	Que paga pela despesa?	Valor Devido	Com que frequência se fatura? (semanalmente/ mensalmente)
Aluguel ou hipoteca	☐ Sim ☐ Não		$	
Gás, eletricidade, ou outro combustível usado para aquecimento ou ar-condicionado, tal como lenha ou propano (se forem distintos do aluguel ou da hipoteca)	☐ Sim ☐ Não		$	
Gas, electric, or other fuel used for heating or cooling, such as firewood or propane (if separate from rent or mortgage)	☐ Sim ☐ Não			
Telefone fixo/celular	☐ Sim ☐ Não			
Despesas de Abrigo para o Desalojado	☐ Sim ☐ Não			
Água, esgoto, lixo	☐ Sim ☐ Não			
Há alguém fora da residência que ajuda você a pagar as despesas listadas acima? ☐ Sim ☐ Não Se sim, complete.		Quem ajuda a pagar?	Quanto é? $	Com que frequência se paga?

Sua residência recebe, ou espera receber alguns pagamentos do Programa de Assistência de Renda Baixa para Energia de Casa (LIHEAP)? ☐ Sim ☐ Não

16. Despesas Médicas:
Você, ou outra pessoa com quem você compra e prepara comida, é uma pessoa idosa (com mais de 60 anos) ou deficiente que tem alguma despesa médica desembolsada? ☐ Sim ☐ Não
Se **sim**, responda esta pergunta.
Se **não**, pule para a próxima pergunta.
OBSERVE: Não liste cônjuges ou crianças que recebem pagamentos de dependentes para algum beneficiário de SSI ou seguro de invalidez e cegueira.
Liste as despesas que você espera ter no futuro próximo.

As despesas médicas admissíveis são:

- ☐ Assistência médica ou dentária
- ☐ Hospitalização/tratamento ambulatório/cuidado de idoso
- ☐ Medicamentos receitados
- ☐ Prêmios de apólices de seguro para Saúde e Hospitalização
- ☐ Prêmios de Medicare (proporção de custos de Medi-Cal, etc.)
- ☐ Dentaduras, aparelhos auditivos e próteses
- ☐ Manutenção de um assistente necessário devido a idade, doença ou enfermidade
- ☐ O número e o custo das refeições fornecidas a um assistente
- ☐ Medicamentos receitados ou adquiridos diretamente na farmácia
- ☐ Custo com transporte (quilometragem ou taxa) e alojamento para obter tratamento ou assistência médica
- ☐ Óculos e lentes de contato receitados
- ☐ Provisões e equipamentos receitados
- ☐ Despesas com animais (alimentos, faturas do veterinário, etc.)

Nome da pessoa Idosa/Deficiente	Valor da despesa	Com que frequência é paga? (semanalmente, mensalmente, outro)	Quais são os tipos de despesas? (receitas médicas, dentaduras, número de refeições do assistente, etc.)	O agregado familiar será reembolsado por algumas despesas médicas? (por Medi-Cal, seguro, membro da família, etc.)
	$			SE SIM, POR QUEM: QUANTO: $
	$			SE SIM, POR QUEM: QUANTO: $

17. Outras despesas Dedutíveis nos Impostos
Se alguém pagar por qualquer coisa que pode ser deduzida em uma declaração fiscal federal, Esta informação poderá reduzir um pouco o custo do seguro médico. Não inclua nada que você já tenha incluído nas despesas de autonomia. Se você tiver outras despesas dedutíveis, responda esta pergunta. Se não tiver, pule para a próxima pergunta.

Tipos de Despesas	Você tem essa despesa?	Quem paga?	Com que frequência é paga? (semanalmente, mensalmente)
Pensão alimentícia	☐ Sim ☐ Não		
Juros de impréstimos escolares	☐ Sim ☐ Não		
Outras deduções (identifique)	☐ Sim ☐ Não		

18. Há alguém na pergunta 6 que recebe alimentos de qualquer dos seguintes? ☐ Sim ☐ Não
Se **sim**, responda esta pergunta. Se **não**, pule para a próxima pergunta.

- Centro de jantar comunal para os idosos/deficientes
- Programa de distribuição de alimentos operado por uma reserva Nativo-americana
- Outro programa de alimentação

SE SIM, QUEM É?	QUAL O PROGAMA?
SE SIM, QUEM É?	QUAL O PROGAMA?

19. Há alguém na pergunta 6 que mora em algum dos lugares a seguir? ☐ Sim ☐ Não
Se **sim**, responda esta pergunta. Se **não**, pule para a próxima pergunta.

- Abrigo para desalojados
- Abrigo para mulheres vítimas de violência
- Reserva Nativo-americana
- Centro de reabilitação de álcool/drogas
- Instalação correcional/Instituição Penal (Cadeia ou prisão)
- Arranjos de convivência em grupo para os cegos/deficientes
- Moradia subsidiada pelo governo federal
- Hospital/Instituição Psiquiátrica
- Hospital
- Instalação de Cuidado de Longo Prazo ou de Refeições e Cuidados

Nome da Pessoa	Nome da Instituição (Centro, Abrigo, Instalação, etc.)	Data Esperada de Alta Hospitalar (Se for aplicável)

20. Há alguém que esteja recebendo Serviços de Apoio Domiciliário (IHSS)? ☐ Sim ☐ Não
Se **sim**, preencha as informações abaixo.

QUEM RECEBE OS SERVIÇOS?	QUANTO VOCÊ PAGA POR MÊS PELOS SERVIÇOS?
	$

21. Todos os listados na pergunta 6 compram e preparam comida juntos com você? ☐ Sim ☐ Não
Se **não**, liste as pessoas que não compram ou preparam refeições juntos com você.

NOME	NOME
NOME	NOME

21a. Alguém que mora com você tem 60 anos ou mais de idade e é incapaz de comprar comida e preparar refeições separadamente devido a alguma deficiência? ☐ Sim ☐ Não Se **sim**, quem é:_____

22. Responda essas perguntas para qualquer pessoa que precise de cobertura médica. Há alguém que esteja inscrito atualmente em cobertura médica de algum dos seguintes? ☐ Sim ☐ Não
Se **sim**, marque o tipo de cobertura e escreva o(s) nome(s) da(s) pessoa(s) ao lado do seguro que ela(s) tem.

☐ Medicaid/Medi-Cal	☐ Seguro do Empregador
☐ CHIP	Nome do seguro
☐ Medicare	Número da apólice:
☐ TRICARE (Programa de cobertura do Departamento de Defesa dos EUA) Não marque se você tiver cuidado direto ou Linha de Serviço (LOD – para os membros da Guarda ou Reserva Nacional)	Esta é uma cobertura COBRA (Continuação de Cobertura de Seguro)? ☐ Sim ☐ Não Esse é um plano para aposentados? ☐ Sim ☐ Não
☐ Programas de cobertura médica da Administração de Veteranos (VA)	Esse é um plano de benefícios para funcionários do Estado? ☐ Sim ☐ Não
☐ Corpo de Paz	☐ Outro
	Nome do seguro médico
	Número da apólice:
	Esse plano é de benefícios limitados, como uma apólice escolar de acidentes? ☐ Sim ☐ Não

22a. Há alguém listado neste formulário a quem tenha sido oferecido cobertura de saúde de um empregador? ☐ Sim ☐ Não
Se **sim**, você precisará completar e incluir o Apêndice A.

22b. Há alguém cujas coberturas médicas tem prazo para terminar, ou que terminaram nos últimos 90 dias? ☐ Sim ☐ Não
Se **sim**, responda esta pergunta. Se **não**, pule para a próxima pergunta.

Companhia de Seguros	Pessoa Segurada	Data de Expiração	Motivo pelo qual terminou ou terminará

22c. Há alguém que queira ajuda com faturas médicas dos últimos três meses? ☐ Sim ☐ Não
Se **sim**, quem é:_____

23. Há alguém listado na pergunta 6 que pretende apresentar uma declaração fiscal no ano que vem? ☐ Sim ☐ Não
Se **sim**, complete as perguntas abaixo para cada declarante da declaração fiscal.
Se **não**, pule para a 23e.

23a. Complete esta seção para cada pessoa que pretende apresentar uma declaração fiscal **no ano que vem**, se você respondeu sim na pergunta 23. Você ainda poderá solicitar seguros médicos, mesmo que não apresente uma declaração fiscal federal.

23b. Nome da pessoa que pretende apresentar uma declaração fiscal: _____

23c. Essa pessoa a apresentará junto com um cônjuge? ☐ Sim ☐ Não
Se **sim**, o nome do cônjuge:_____

23d. Essa pessoa incluirá alguns dependentes na sua declaração fiscal: ☐ Sim ☐ Não
Se **sim**, liste o nome do declarante da declaração fiscal que fará a inclusão: _____

23e. Qual é a relação dessa pessoa com o declarante da declaração fiscal: _____

23f. Para facilitar a a determinação de minha elegibilidade para pagar cobertura de saúde nos anos futuros, autorizo o uso dos dados sobre rendimentos, inclusive, das informações de declarações fiscais. Vocês enviarão uma notificação, permitirão que eu faça quaisquer alterações, e eu poderei me descredenciar (opt-out) a qualquer tempo.
Sim, renove minha elegibilidade automaticamente por (marque um): ☐ 5 anos ☐ 4 anos ☐ 3 anos ☐ 2 anos ☐ 1 anos
☐ Não, não utilizem as informações de declarações fiscais para renovar a minha cobertura.

24. Recursos do Agregado Familiar
Alguém tem alguns recursos (dinheiro em caixa, dinheiro no banco, Certificados de Depósito (CDs), ações e títulos, etc.)?
☐ Sim ☐ Não Se **sim**, responda esta pergunta. Se **não**, pule para a próxima pergunta.

Opcional para cobertura de saúde; responda somente se o solicitante tiver 65 anos ou mais, ou se for deficiente. Se você estiver solicitando auxílio em dinheiro, deverá responder à pergunta.

Marque cada recurso listado abaixo que você ou qualquer outra pessoa de seu agregado familiar disponha:

- ☐ Conta Bancária/Cooperativa de Crédito (Corrente)
- ☐ Conta Bancária/Cooperativa de Crédito (Poupança)
- ☐ Cofre de Segurança Bancário
- ☐ Conta(s) de Título(s)
- ☐ Direitos a Petróleo, Mineração ou Minerais
- ☐ Conta(s) do Mercado Monetário
- ☐ Fundos de investimento/fundos fiduciários
- ☐ Certificado de Depósito (CD)/ Conta Individual de Aposentação (IRA)
- ☐ Dinheiro em espécie
- ☐ Notas, Hipotecas, Escrituras de Fideicomisso
- ☐ Ações
- ☐ Títulos
- ☐ Cheques não reclamados
- ☐ Seguros de Vida ou de Funeral
- ☐ Outro: _____

Se for uma conta junta com outra pessoa, informe abaixo.

Por cada caixa marcada acima, complete as informações seguintes.

O recurso listado está em nome de quem?	**Tipo de Recurso**	**Quanto vale?**	**Onde está o recurso?** (inclua o nome do banco ou da companhia onde o dinheiro está guardado)
		$	
		$	
		$	
		$	

Você ou outra pessoa em sua residência vendeu, trocou, doou, ou transferiu algum recurso nos últimos trinta (30) meses? ☐ Sim ☐ Não

QUANDO?	QUAL FOI O RECURSO?	QUANTO VALIA?	QUANTO VOCÊ RECEBEU POR ELE
		$	$

Se você trocou ou doou o recurso, explique: _____

_____

Opcional para cobertura de saúde; responda somente se o solicitante tiver 65 anos ou mais, ou for deficiente.

25. Imóveis/Bens Pessoais
Alguém possui algum imóvel/bens pessoais ou relacionados aos negócios? ☐ Sim ☐ Não
Se **sim**, responda esta pergunta. Se **não**, pule para a próxima pergunta.

- ☐ Ferramentas
- ☐ Inventário de Negócios
- ☐ Gado
- ☐ Equipamentos de Negócios
- ☐ Equipamentos deportivos, Armas
- ☐ Barcos não Motorizados e/ou reboques
- ☐ Cascas de Autocaravana
- ☐ Ferramentas pessoais
- ☐ Jóias, Obras de Arte, Antiguidades, Coleções, Instrumentos Musicais (Piano, Órgão, etc.)

Inclua o item mesmo que seja propriedade em conjunto com outra pessoa. Não inclua anéis de casamento ou de noivado, heranças familiares, etc. Liste quaisquer joias que valerem mais de US$100, e bens do agregado familiar ou itens pessoais que valerem mais de US$500 por item.

Item	**Está listado para venda?**	**Preço de compra ou valor corrente**	**Valor devido**
	☐ Sim ☐ Não	$	$
	☐ Sim ☐ Não	$	$
	☐ Sim ☐ Não	$	$
	☐ Sim ☐ Não	$	$
	☐ Sim ☐ Não	$	$
	☐ Sim ☐ Não	$	$
	☐ Sim ☐ Não	$	$
	☐ Sim ☐ Não	$	$

Opcional para assistência médica; responda somente se o solicitante tiver 65 anos ou mais, ou se for deficiente. Se você estiver solicitando auxilio em dinheiro, deverá responder à pergunta.

26. Veículos

Alguém possui, utiliza, ou tem seu nome no cadastro de algum veículo, tal como: carro, motocicleta, motoneve, veículo de recreio (RV), ou lancha, mesmo que não esteja funcionando? ☐ Sim ☐ Não

	Veículo (1)	Veículo (2)	Veículo (3)
Proprietário do veículo			
Nome da pessoa que utiliza o veículo			
Ano/Marca/Modelo			
Número da placa de licença			
Esse veículo foi um presente, uma doação, ou foi transferido a você por um membro da família?	☐ Sim ☐ Não Se **sim**, marque a caixa correspondente ☐ Presente ☐ Doação ☐ Transferido por um membro da família	☐ Sim ☐ Não Se **sim**, marque a caixa correspondente ☐ Presente ☐ Doação ☐ Transferido por um membro da família	☐ Sim ☐ Não Se **sim**, marque a caixa correspondente ☐ Presente ☐ Doação ☐ Transferido por um membro da família
Valor estimado	$	$	$
Qual é o valor que você ainda deve pelo veículo?	$	$	$
O registro está pago?	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não
Você ou outra pessoa está atualmente locando o veículo?	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não
Como o veículo é utilizado?			
Como um lar?	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não
Para ir ao trabalho, a um treinamento, ou procurar trabalho?	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não
Para trabalho autônomo, assistência, ou uso de negócios?	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não
Para conduzir um membro deficiente da família?	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não
Para adquirir combustíveis ou água para sua residência?	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não
Somente para uso recreativo?	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não

27. Alguém da pergunta 6 possui ou está comprando uma casa, um terreno, ou uma propriedade; inclusive em outro estado ou pais? ☐ Sim ☐ Não Se **sim**, explique.

Opcional para assistência médica; responda somente se o solicitante tiver 65 anos ou mais, ou se for deficiente.

Quem é o proprietário, ou quem está comprando a casa/o imóvel?	Endereço da casa/propriedade	Alguém está alugando a casa do proprietário?	Qual o valor do aluguel recebido pelo proprietário?		Ninguém mora nela agora, mas o proprietário espera voltar a morar na casa algum dia?
		☐ Sim ☐ Não	$	☐ Não alugada	☐ Sim ☐ Não
		☐ Sim ☐ Não	$	☐ Não alugada	☐ Sim ☐ Não

28. Programa Alternativo (Diversion Program)

Alguém recebeu um pagamento em dinheiro do Programa Alternativo, ou serviços que não sejam em dinheiro de outro condado ou outro estado? ☐ Sim ☐ Não Se **sim**, responda esta pergunta. Se **não**, passe para a próxima pergunta.

Nome	Condado/Estado do qual recebeu	Valor recebido	Lista dos serviços recebidos	Valor estimado dos serviços	Data do último recebimento
		$		$	

29. Benefícios Duplicados

Você ou algum membro do seu agregado familiar já foi condenado por receber benefícios SNAP (o nome federal para o programa de assistência alimentar) fraudulentamente em qualquer estado após o dia 22 de setembro de 1996? ☐ Sim ☐ Não

Se **sim**, quem foi?_____

30. Benefícios de Tráfico

Você ou algum membro da residência já foi condenado por traficar (permitindo o uso, ou a venda de cartões EBT a terceiros) benefícios SNAP de US$500 ou mais após do dia 22 de setembro de 1996? ☐ Sim ☐ Não

Se **sim**, quem foi?_____

31. Troca de Benefícios por Drogas

Você ou algum membro da residência já foi considerado culpado por trocar benefícios SNAP por drogas depois do 22 de setembro de 1996? ☐ Sim ☐ Não

Se **sim**, quem foi?_____

32. Troca de benefícios por armas ou explosivos

Você ou algum membro de sua residência já foi considerado culpado por trocar benefícios SNAP por armas, munições, ou explosivos após a data de 22 de setembro de 1996? ☐ Sim ☐ Não

Se **sim**, quem foi?_____

33. Fraude

Você ou outra pessoa em sua residência já teve seu auxílio em dinheiro cancelado por ter sido considerado culpado por Fraude de Assistência Social? Se sim, quem? ☐ Sim ☐ Não

Se **sim**, quem foi?_____ Quando?_____

Onde?_____

34. Falta de Cooperação/Sanções

Você ou outra pessoa em sua residência já teve seu auxílio em dinheiro cancelado por falta de cooperação com os requisitos de elegibilidade, sanções de trabalho/treinamento, ou por qualquer outro motivo? ☐ Sim ☐ Não

Se **sim**, quem foi?_____ Quando?_____

Onde?_____Por quê?_____

35. Criminoso fugitivo

Você ou algum membro de sua residência está se escondendo ou fugindo da lei para evitar acusação, ser preso, ou ir para a prisão por um crime hediondo ou tentativa de crime hediondo? ☐ Sim ☐ Não

Se **sim**, quem foi?_____

36. Violações de Liberdade Condicional

Você ou algum membro de sua residência já foi considerado em violação de liberdade condicional por um tribunal de justiça? ☐ Sim ☐ Não

Se **sim**, quem foi?_____

37. Crime Hediondo de Drogas

Você ou outro membro de sua residência já foi condenado por posse criminoso, uso, fabricação, ou distribuição de uma substância controlada (drogas ilegais, ou determinadas drogas que exigem prescrição médica) após a data de 22 de agosto de 1996? ☐ Sim ☐ Não

Se **sim**, e a condenação de crime tenha sido por posse, você ou aquele membro da residência já fez (ou fará) algum dos seguintes:

a) Completou um programa de tratamento para drogas reconhecido pelo governo? ☐ Sim ☐ Não

b) Participou de um programa de tratamento para drogas reconhecido pelo governo? ☐ Sim ☐ Não

c) Inscreveu-se em um programa de tratamento para drogas reconhecido pelo governo? ☐ Sim ☐ Não

d) Foi colocado em uma lista de espera para um programa de tratamento para drogas reconhecido pelo governo? ☐ Sim ☐ Não

e) Parou de utilizar as substâncias controladas, e apresenta evidências de sua abstinência? ☐ Sim ☐ Não

Se sim, explique:_____

_____

38. Outras necessidades especiais

A residência toda deseja solicitar um pagamento de necessidade especial pela moradia, ou por itens da casa essenciais que foram perdidos ou danificados devido a circunstâncias súbitas e/ou fora do normal, tais como incêndio, terremoto, ou enchente? ☐ Sim ☐ Não

Se **sim**,explique:

39. Outros serviços

Os serviços seguintes estão disponíveis. Suas respostas às perguntas não influenciarão na sua elegibilidade.

A. Avaliações médicas regulares para ajudar a proteger a saúde de sua família estão disponíveis mediante solicitação, através do Programa de Saúde de Crianças e a Prevenção de Deficiência (CHDP), para os membros elegíveis de sua família, que tiverem menos de 21 anos de idade.

- Você deseja mais informações sobre os serviços CDHP? ☐ Sim ☐ Não
- Você deseja serviços médicos CHDP? ☐ Sim ☐ Não
- Você deseja serviços dentários CHDP? ☐ Sim ☐ Não
- Você precisa de ajuda para marcar consultas, ou com transporte para os serviços CHDP? ☐ Sim ☐ Não

B. Você deseja mais informações sobre serviços de vacinações? ☐ Sim ☐ Não

C. Se você estiver grávida, poderá receber ajuda para procurar um médico, obter alimentos saudáveis, e outras assistências.
Você deseja falar com mais alguém sobre essa assistência? ☐ Sim ☐ Não

D. Você está amamentando? ☐ Sim ☐ Não
Se **sim**, você deu à luz nos últimos 12 meses? ☐ Sim ☐ Não
Se você marcou sim nas 39C ou D, poderá ser elegível para os serviços fornecidos pelo Programa Especial de Alimento para Mulheres, Infantes e Crianças (WIC).

E. Você ou algum membro da família deseja obter serviços gratuitos ou a baixo custo de planejamento familiar para ajudar a prevenir a gravidez indesejada e/ou para ter o próximo bebê? ☐ Sim ☐ Não
Se **sim**, ligue para a sua companhia de seguros ou para o seu médico regular. Ou, para dados e locais de clínicas confidenciais de planejamento familiar, ligue para o número: 1.800.942.1054.

Espaço adicional para preenchimento

Espaço adicional para preenchimento

NÃO PREENCHA. USO EXCLUSIVO DO CONDADO

IF THE ANSWER IS "YES" TO ANY OF THE QUESTIONS BELOW - EXPEDITE

Is the household's gross income less than $150 and is the total of cash on hand, checking and savings accounts $100 or less? ☐ Yes ☐ No

Is the household's combined gross income and liquid resources less than the combined rent/mortgage and appropriate utility allowance? ☐ Yes ☐ No

Is the household a destitute migrant/seasonal farm worker household with liquid resources not exceeding $100? ☐ Yes ☐ No

Does the CalWORKs Assistance Unit have a pay-or-quit or other eviction notice? ☐ Yes ☐ No

Apêndice A

COBERTURAS MÉDICAS DE EMPREGOS

Você **NÃO** precisa responder essas perguntas, a não ser que alguém de sua família seja elegível para cobertura de assistência médica de um emprego. Se houver mais de uma pessoa a quem tenha sido oferecido cobertura médica por um empregador diferente, você pode copiar esta página e usá-la para a segunda pessoa (ou tantas páginas quanto precisar). Primeiramente, forneça informações sobre o emprego (empregador), que oferece a cobertura.

1. Nome do funcionário (nome, nome do meio, sobrenome)	2. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DO FUNCIONÁRIO — —

Informações do EMPREGADOR

3. NOME DO EMPREGADOR		4. CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO FISCAL DO EMPREGADOR (EIN) —
5. ENDEREÇO DO EMPREGADOR		6. NÚMERO DE TELEFONE DO EMPREGADOR ( ) —
7. CIDADE	8. ESTADO	9. CEP

10. COM QUEM PODEMOS ENTRAR EM CONTATO SOBRE COBERTURAS MÉDICAS PARA FUNCIONÁRIOS DESTE EMPREGO?

11. NÚMERO DE TELEFONE (SE FOR DIFERENTE DO NÚMERO DE TELEFONE DO EMPREGADOR) ( )	12. E-MAIL DO EMPREGADOR (REPRESENTANTE DO EMPREGADOR)

13. Você é atualmente elegível à cobertura oferecida por este empregador, ou, você vai se tornar elegível nos próximos três meses?

☐ Não (pare aqui para esta seção do formulário)

☐ Sim (continue)

13a. Se você estiver em um período de espera ou probatório, quando você poderá se inscrever para a cobertura? _____ (DD/MM/AAAA)

Liste os nomes de qualquer outra pessoa que seja elegível ou será elegível para cobertura deste emprego.

Nome:_____ Nome:_____Nome:_____

Informe sobre o plano de saúde oferecido por este empregador.

14. O empregador oferece um plano de saúde que atende o valor mínimo padrão*? ☐ Sim ☐ Não

14a. Esse é um plano de benefícios para funcionários do Estado? ☐ Sim ☐ Não

15. Para o plano de menor custo que atenda ao valor mínimo padrão oferecido **apenas para o funcionário** (não inclua os planos familiares):
Se o empregador oferecer programas de bem-estar, informe o prêmio que o funcionário teria que pagar se ele/ela recebesse o desconto máximo por qualquer programa de cessação do tabagismo (que ajuda o funcionário a parar de fumar), e que não recebeu qualquer outro desconto com base em um programa de bem-estar.

a. Qual é o valor que empregado teria que pagar em prêmios por este plano? $_____

b. Com que frequência? ☐ Semanalmente ☐ Bi-semanalmente ☐ Duas vezes por mês ☐ Mensalmente ☐ Trimestralmente ☐ Anualmente

☐ O empregador não oferece programas de bem-estar.

16. Qual é a mudança que o empregador adotará para o novo ano do plano (se for conhecida)?

☐ O empregador deixará de fornecer cobertura médica.

☐ O empregador começará a oferecer cobertura médica aos funcionários, ou modificará o prêmio para o plano de menor custo, somente disponível ao funcionário que atenda ao valor mínimo padrão.

a. Qual o valor que o funcionário teria que pagar em prêmios por este plano? $_____

b. Com que frequência? ☐ Semanalmente ☐ Bi-semanalmente ☐ Duas vezes por mês ☐ Mensalmente ☐ Trimestralmente ☐ Anualmente

c. Data da alteração (dd/mm/aaaa):_____

☐ Não está prevista nenhuma alteração.

*Um plano de saúde patrocinado pelo empregador atende ao “valor mínimo padrão” se a porção do plano do total dos custos dos benefícios permitidos cobertos pelo plano não for menos de 60 por cento de tais custos (Seção 36B(c)(2)(C)(ii) do Código Fiscal dos Estados Unidos de 1986 (US “IRC”).

Apêndice B PERGUNTAS PARA INDIVÍDUOS NATIVO-AMERICANOS E NATIVOS DO ALASCA

Complete esta seção se você ou um familiar (cônjuge ou dependentes) for nativo-americano ou nativo do Alasca. Envie-a juntamente com seu formulário.

Forneça informações sobre o seu(s) familiar(es) Nativo-americano(s) ou nativo(s) do Alasca.

Nativo-americanos e nativos do Alasca podem obter serviços dos Serviços de Assistência Médica dos Indígenas, programas de assistência médica tribais, ou programas indígenas urbanos de assistência médica. Eles também podem não ter que pagar uma porção do custo e podem obter períodos especiais de inscrição mensal. Responda às perguntas seguintes para garantir que a sua família obtenha a maior assistência possível. Caso tenha informações referentes a mais de duas pessoas, faça uma cópia desta página e anexe-a. Você também pode usar uma folha de papel separada. É só lembrar-se de escrever o número da pergunta ao lado da sua resposta.

	IA/NA Pessoa 1	IA/NA Pessoa 2
1. Nome (primeiro nome, nome do meio, sobrenome)	Primeiro nome Nome do meio Sobrenome	Primeiro nome Nome do meio Sobrenome
2. Membro(a) de uma tribo reconhecida pelo governo federal?	☐ Sim Se **sim**, o nome da tribo _____ ☐ Não	☐ Sim Se **sim**, o nome da tribo _____ ☐ Não
3. Essa pessoa já recebeu algum serviço do Serviço de Assistência Médica Indígena, programa de assistência médica tribal, ou através de uma referência de algum destes programas?	☐ Sim ☐ Não Se **não**, essa pessoa é elegível para obter serviços dos Serviços de Assistência Médica Indígena, programa de assistência médica tribal, programa indígena urbano de assistência médica, ou através de uma referência de um desses programas? ☐ Sim ☐ não	☐ Sim ☐ Não Se **não**, essa pessoa é elegível para obter serviços dos Serviços de Assistência Médica Indígena, programa de assistência médica tribal, programa indígena urbano de assistência médica, ou através de uma referência de um desses programas? ☐ Sim ☐ não
4. Determinados valores em espécie podem não ser considerados para o Medicaid ou para o Programa de Seguro de Assistência Médica Infantil (CHIP). Liste todos os rendimentos (valor e frequência de recebimento) informados em seu formulário que incluam valores provenientes das seguintes fontes: • Pagamentos per capita de uma tribo provenientes de recursos naturais, diretos de uso, locações, ou de royalties • Pagamentos de recursos naturais, agricultura, pecuária, pesca, locações ou através de royalties de terras designadas como terras de fiduciário indígena pelo Departamento do Interior (inclusive reservas e reservas prévias) • Dinheiro da venda de objetos que tenham significância cultural	☐ Sim – se sim, complete as informações seguintes: ☐ Nada para reportar $_____ Com que frequência? (diariamente, semanalmente, quinzenalmente, mensalmente, anualmente, etc.) _____	☐ Sim – se sim, complete as informações seguintes: ☐ Nada para reportar $_____ Com que frequência? (diariamente, semanalmente, quinzenalmente, mensalmente, anualmente, etc.) _____

Apêndice C ASSISTÊNCIA PARA PREENCHIMENTO DESTE FORMULÁRIO

Se você quiser nomear alguém como seu representante autorizado para a parte de seguros de saúde deste formulário, por favor, responda às perguntas nesta página. Se você for um representante legalmente designado por alguém neste formulário, submeta um comprovante junto com o formulário.

1. Nome do representante autorizado (primeiro nome, nome do meio, sobrenome)		
2. Endereço		3. Número de apartamento ou conjunto
4. Cidade	5. Estado	6. Código Postal
7. Número de telefone ( )		
8. Nome da organização (se aplicável)		9. Número de identificação (se aplicável)

Ao assinar, você permite que essa pessoa obtenha informações oficiais referentes ao seguro de saúde neste formulário e que aja em seu nome em todos os assuntos com a "Covered California" (o programa Californiano de seguros a preço acessível) ou com a sua Agência de Serviços Humanos do Condado. Como um lembrete, você sempre poderá substituir o seu representante autorizado, telefonando para o Condado ou acessando o endereço: www.HealthCare.gov.

10. Sua assinatura	11. Data

Somente para Orientadores de Solicitações Certificados, Navegadores, Agentes e Corretores.

Complete esta seção somente se você for um Orientador de Solicitações Certificado, um navegador, agente, ou corretor que esteja preenchendo esta solicitação por parte de outra pessoa.

1. Data de início da solicitação (dd/mm/aaaa)

2. Primeiro nome, nome do meio, sobrenome, e sufixo

3. Nome de organização

4. Número de identificação (se for aplicável)