



FORMULÁRIO PARA BENEFÍCIOS DE CALFRESH (VALE-REFEIÇÃO)

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 apenas benefícios CalFresh (vale-refeição). CalFresh é um programa de assistência alimentar para ajudá-lo com o custo de aquisição de alimentos para sua residência. Caso deseje solicitar outros programas além de CalFresh, tais como CalWORKS (Oportunidades Californianas de Trabalho e Responsabilidade às Crianças) ou Medi-Cal (O programa californiano de seguros convênios médicos), por favor, solicite um formulário para se candidatar aos outros programas. Você também poderá solicitar o benefício CalFresh ou outros programas on-line acessando: <http://www.benefitscal.org/>. Você poderá verificar se é elegível acessando o endereço: <http://www.cdss.ca.gov/foodstamps/PG849.htm>.

- 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.
- Entregue o formulário ao Condado pessoalmente, por correio, fax, ou on-line.
- A contagem do prazo para resposta à sua solicitação de benefício tem início no dia em que o Condado receber o seu formulário assinado. Caso esteja em uma instituição, esse prazo inicia a partir do dia em que você sair.

O que eu faço em seguida?

- Leia sobre seus direitos e responsabilidades (páginas 1 a 3 de Regras do Programa) antes de assinar o formulário.
- Você deverá ter uma entrevista com o Condado para discutir a sua solicitação. A maioria das entrevistas é feita por telefone, mas pode ser feita pessoalmente na agência do Condado, ou outro lugar arranjado com o Condado. Se você tiver alguma deficiência, outras disposições poderão ser adotadas.
- Se você não preencheu todo o formulário, poderá completá-lo durante a sua entrevista.
- Você precisará fornecer comprovantes de seus rendimentos, seus gastos, e outras circunstâncias para verificar a sua elegibilidade.

Quanto tempo irá demorar?

Poderá levar até 30 dias para processar a sua solicitação. Você poderá receber benefícios 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 ajudar o Condado a verificar se você é elegível para obter benefícios mais rapidamente, por favor, responda às perguntas 1, 6 a 8, 11, e 16, e forneça comprovante de identidade (se tiver) ao Condado juntamente com o formulário.

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

Página Informativa – Por favor, leve e guarde para seus arquivos.

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).
- 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 no 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 autônomo, 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 Mais 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 seja idosa (com 60 anos de idade 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.

Como é que obtenho/utilizo meus benefícios de CalFresh?

- 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 usar o cartão.
- 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. Certifique-se de que todos os adultos responsáveis e seu representante autorizado também sabem como reportar um problema desses imediatamente. Caso você não comunique que outra pessoa não autorizada possui o seu PIN e não solicite a alteração do mesmo, quaisquer benefícios utilizados 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 alimentos cozidos ou qualquer item que não seja alimento (tal como pasta de dentes, sabão, ou toalhas de papel).
- Os benefícios de CalFresh são aceitos na maioria de supermercados e outros locais que vendem alimentos. Para obter uma lista de locais perto de você que aceitam o EBT, acesse a: <https://www.ebt.ca.gov> ou <https://www.snapfresh.org>.
- Os benefícios CalFresh são somente para você e os membros de sua residência. Mantenha os seus benefícios seguros. Não forneça seu PIN a ninguém. Não guarde o seu PIN junto com seu cartão EBT.

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 notificações 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 informativa - leve com você e guarde para seus arquivos.

DIREITOS E RESPONSABILIDADES

Você tem a responsabilidade de:

- Fornecer ao Condado todas as informações necessárias para a 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. Caso você não satisfaça as exigências de declaração de sua família, seu caso poderá ser encerrado e seus benefícios poderão 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 a fim de 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 em dinheiro ou benefícios de CalFresh pelos quais você não tenha sido elegível.

Você tem o direito de:

- Entregar uma solicitação para obter o benefício de 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 sua solicitação do benefício de CalFresh e receber uma explicação das regras.
- Solicitar ajuda para obter os comprovantes necessários.
- Ser tratado com cortesia, consideração, e respeito, e não ser discriminado.
- Receber benefícios de CalFresh no prazo de 3 dias se você se qualificar para Serviço Expedido.
- Ser entrevistado pelo Condado dentro de um período razoável quando você se candidatar, e ter sua elegibilidade determinada no prazo de 30 dias.
- 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 de CalFresh.
- 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 de CalFresh. Se você solicitar uma audiência antes de acontecer qualquer ação no seu caso, seus benefícios de CalFresh serão mantidos até a audiência ou até o fim do seu período de certificação; o que ocorrer primeiro. Você pode solicitar ao Condado autorização para que os seus benefícios sejam alterados até depois da audiência, para evitar a necessidade de reembolsar quaisquer benefícios pagos em excesso. Se o Juiz de Direito Administrativo decidir a seu favor, o Condado devolverá quaisquer benefícios que forem indisponibilizados.
- Consultar sobre seus direitos de audiência ou obter referência de assistência jurídica no números de ligação gratuita: **1.800.952.5253**; ou, para os portadores de deficiências auditivas ou de fala, que usem 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 em dinheiro.
- Fornecer comprovante dos seus gastos familiares que lhe possam ajudar a receber maiores benefícios de 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 benefícios de CalFresh adicionais.
- Notificar o Condado se você quiser que outra pessoa da sua família utilize seus benefícios CalFresh, ou auxilie com seu caso CalFresh (Representante Autorizado).

Por favor, leve com você e guarde para seus arquivos

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, 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.

Eu entendo que se eu...	Eu poderei...
Cometer uma violação intencional do programa, por fazer qualquer um dos seguintes: <ul style="list-style-type: none">ocultar informações ou fazer declarações falsasutilizar cartões de assistência alimentar (EBT) que pertencerem à outra pessoa, ou permitir que outra pessoa utilize o meu cartãoutilizar os benefícios de CalFresh para comprar álcool ou tabaconegociar, vender, ou doar os benefícios de CalFresh ou dos cartões de EBT	<ul style="list-style-type: none">perder os benefícios de CalFresh por 12 meses pela primeira infração, e ser obrigado a reembolsar todos os benefícios de CalFresh pagos em excesso a mimperder os benefícios de CalFresh por 24 meses pela segunda infração, e ser obrigado a reembolsar todos os benefícios de CalFresh pagos em excesso a mimperder os benefícios de CalFresh permanentemente pela terceira infração, e ser obrigado a reembolsar todos os benefícios CalFresh pagos em excesso a mimser multado em até US\$250.000, ser preso por até 20 anos, ou ambos
<ul style="list-style-type: none">trocar benefícios CalFresh por substâncias controladas, tais como drogas	<ul style="list-style-type: none">perder os benefícios de CalFresh por 24 meses pela primeira infraçãoperder os benefícios de CalFresh permanentemente pela segunda infração.
<ul style="list-style-type: none">fornecer informações falsas sobre quem eu sou e sobre onde eu moro para obter benefícios CalFresh extras	<ul style="list-style-type: none">perder os benefícios de CalFresh por 10 anos por cada infração
<ul style="list-style-type: none">já ter sido condenado por negociar ou vender benefícios de CalFresh num valor superior a US\$500, ou por trocar benefícios de CalFresh por armas de fogo, munições ou explosivos	<ul style="list-style-type: none">perder os benefícios de CalFresh permanentemente

Informações Importantes para Não Cidadãos

- Você pode solicitar e obter benefícios de CalFresh para as pessoas que são elegíveis, mesmo que a sua família inclua outras pessoas que não sejam elegíveis. Por exemplo, os pais imigrantes podem solicitar benefícios de CalFresh para seus filhos que são cidadãos dos EUA ou imigrantes qualificados mesmo que os pais não sejam elegíveis.
- O recebimento de benefícios alimentares não afetará seu status de imigrante ou o de sua família. 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 nos 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 para estabelecer 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)

Toda pessoa que solicitar benefícios de CalFresh precisará fornecer um SSN, se tiver, ou um comprovante de ter solicitado um SSN (tal como uma carta da agência de Seguro Social). Nós podemos negar os benefícios CalFresh a você ou a qualquer familiar que não nos forneça um SSN. Algumas pessoas não precisam fornecer um SSN para receber assistência, tais como, vítimas de violência doméstica, testemunhas de acusações de crimes, e vítimas de tráfico.

Emissões em excesso

Isso significa que você recebeu mais benefícios de CalFresh 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.

Declaração

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 não comunicação das alterações poderá resultar na redução ou descontinuação dos seus benefícios de CalFresh. Você também poderá declarar o acontecimento de qualquer fato que possa aumentar seus benefícios, tal como recebimento de menos renda.

Por favor, leve com você e guarde para seus arquivos

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 em dinheiro até a decisão ser proferida.

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. S.W.
Washington D.C. 20250-9410
1-202-720-5964 (voz e TTS [TDD])

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

USDA is an equal opportunity employer.

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 foragidos da 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 valor dos seus benefícios.

Reavaliações dos Dossiês do Processo

Seu caso poderá ser selecionado para uma reavaliação adicional para assegurar que sua elegibilidade tenha sido calculada corretamente. Você deve cooperar plenamente com o pessoal do Condado, do Estado, ou do governo federal, em qualquer investigação ou reavaliação, inclusive uma reavaliação de controle de qualidade. A não cooperação nessas reavaliações poderá resultar na perda de seus benefícios.

Regras de Trabalho para o benefício de CalFresh

O Condado poderá inscrevê-lo em um programa de trabalho. Eles o informarão 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.

O Uso de Transferência Eletrônica de Benefícios (EBT)

Qualquer benefício retirado de sua conta antes de você, outro membro da residência, ou seu representante autorizado reportar que o EBT ou o PIN foi perdido ou roubado **NÃO** será reembolsado.

Qualquer uso de seu cartão EBT por você, um familiar, seu representante autorizado, ou qualquer pessoa a quem você dê seu cartão EBT e PIN será considerado como aprovado por você, e quaisquer benefícios retirados de sua conta **NÃO** serão reembolsados.

Se você não declarar que outra pessoa não autorizada tem seu PIN, e se você não trocar seu PIN, quaisquer benefícios retirados de sua conta **NÃO** serão reembolsados.

Por favor, leve com você e guarde para seus arquivos

OBSERVAÇÕES

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 uma(s) pergunta(s), utilize a página 10 "Espaço para escrita adicional" e 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 SOLTEIRO, 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
ENDEREÇO DE CORREIO (SE FOR DIFERENTE DO INFORMADO ACIMA)	Nº DO APARTAMENTO	CIDADE	CONDADO
TELEFONE DE CASA	ENDEREÇO ELETRÔNICO		
EMPREGO/ALTERNATIVO/MENSAGENS	Desejo receber informações sobre esta solicitação por e-mail. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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

Você tem alguma deficiência e precisa de ajuda com o formulário? Sim Não

Você tem interesse em solicitar o benefício Medi-Cal (programa de assistência médica da Califórnia)? Se você responder **sim**, o Condado utilizará suas respostas para verificar se você poderá receber o benefício Medi-Cal. Sim Não

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

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

É sua residência uma família de migrantes/camponeses sazonais que tenha recursos não em excesso de \$100, e, seu rendimento terminasse, ou, você não vai receber mais de \$25 nos próximos 10 dias? Sim Não

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 fornecidas por mim são verdadeiras no melhor do meu conhecimento.
- Quaisquer respostas que eu dê para meu processo de solicitação serão verdadeiros e completos no melhor de 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) para o Programa de benefícios de CalFresh.
- Eu li, ou alguém leu para mim as Regras e Penalidades do Programa de CalFresh (Regras do Programa, Páginas 2 a 3).
- Estou ciente de que o fornecimento de declarações falsas ou enganosas, ou a ocultação ou omissão de fatos para garantir a elegibilidade ao benefício de CalFresh constitui fraude. 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 da minha família que estiverem solicitando benefícios poderão ser compartilhados com as agências governamentais, de acordo com a lei federal.

ASSINATURA DO SOLICITANTE (OU MEMBRO DA RESIDÊNCIA ADULTO/REPRESENTANTE AUTORIZADO*/GUARDA LEGAL)	DATA
---	------

***Se você tiver um Representante Autorizado, complete a Pergunta 2 na página seguinte.**

2. REPRESENTANTE AUTORIZADO DA RESIDÊNCIA

Você poderá autorizar uma pessoa que tenha mais do que 18 anos de idade para ajudar a sua família 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 tenham sido 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 a seguir:

NOME DO REPRESENTANTE AUTORIZADO:	NÚMERO DE TELEFONE DO REPRESENTANTE AUTORIZADO:
-----------------------------------	---

Você deseja nomear alguém para receber e utilizar os Benefícios CalFresh em nome de sua família? Sim Não

Se **sim**, complete a seção a seguir:

NOME:	NÚMERO DE TELEFONE:
-------	---------------------

ENDEREÇO:	CIDADE	ESTADO	CEP
-----------	--------	--------	-----

3. 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 a 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 hispânico ou latino? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se você é de origem hispânica ou latina, você se considera:		
		<input type="checkbox"/> Mexicano	<input type="checkbox"/> Portoriquenho	<input type="checkbox"/> Cubano
		<input type="checkbox"/> 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 Japonês 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 Cash Aid. As entrevistas normalmente são feitas por telefone, a não ser que você possa ser entrevistado no momento que entregar o seu formulário pessoalmente ao Condado, ou se preferir uma entrevista presencial. As entrevistas presenciais somente serão realizadas durante as horas úteis do Condado.

Marque esta caixa se preferir uma entrevista presencial.

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

Marque as caixas abaixo para indicar sua preferência de dia e hora para uma entrevista:

Dia: Hoje O próximo dia disponível Qualquer dia Segunda-feira Terça-feira Quarta-feira Quinta-feira Sexta-feira

Hora: De manhã cedo Meio da manhã De tarde Ao fim da tarde Qualquer hora

5. OUTROS PROGRAMAS

Alguém da sua família já recebeu assistência pública (Assistência Temporária para Famílias Carentes, [TANF], TANF Tribal, Medicaid, Programa de Assistência Suplementar de Alimentos [food stamps], Assistência Geral (GA)/Socorro Geral (GR), etc.)? Sim Não

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

6a. INFORMAÇÕES SOBRE A RESIDÊNCIA

Complete as informações seguintes para todas as pessoas na residência com quem você compra e prepara comida, inclusive você. **Se estiver solicitando para não cidadãos, complete as perguntas 6b e 6c. Se não, prossiga para a pergunta 6d.**

Os Números de Seguro Social são opcionais para os membros que não estejam solicitando benefícios. Você deve responder às perguntas para cada pessoa que solicitar benefícios.

SOLICITAÇÃO DE BENEFÍCIOS (✓ marque Sim ou Não)	NOME (Sobrenome, Primeiro Nome, Inicial do Meio)	Como é o grau de parentesco dessa pessoa com você?	DATA DE NASCIMENTO	GÊNERO (M OU F)	CIDADÃO OU NACIONAL DOS EUA (✓ marque Sim ou Não) Se não, complete a pergunta 6b abaixo	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		PRÓPRIO			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Liste os nomes de qualquer pessoa que more com você, e que não compre e prepare comida com você:

NOME	NOME
NOME	NOME

6b. INFORMAÇÕES SOBRE NÃO CIDADÃOS – Complete para as pessoas listadas na pergunta 6a acima que não sejam cidadãos e que estejam solicitando benefícios.

Nome	Data de Entrada nos EUA (se conhecido)	Forneça um dos seguintes (se conhecido): Número de Passaporte, Número de Registo de Estrangeiro, etc.	Patrocinado? (✓ marque Sim ou Não) Se sim, complete a pergunta 6c abaixo:
		TIPO DE DOCUMENTO: _____ NÚMERO DO DOCUMENTO: _____	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		TIPO DE DOCUMENTO: _____ NÚMERO DO DOCUMENTO: _____	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		TIPO DE DOCUMENTO: _____ NÚMERO DO DOCUMENTO: _____	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Alguém listado acima tem pelo menos 10 anos (40 trimestres) de precedentes de emprego ou de serviço militar nos EUA? Sim Não

Se **sim**, quem? _____

Há alguém listado acima que tem, ou que já solicitou, ou que pretende solicitar um T-Visa ou U-Visa, ou uma petição VAWA (Ato de Violência Contra Mulheres)? Sim Não

Se **sim**, quem? _____

6c. INFORMAÇÕES SOBRE NÃO CIDADÃOS PATROCINADOS - COMPLETE PARA AS PESSOAS LISTADAS NA PERGUNTA 6B ACIMA QUE SEJAM NÃO CIDADÃOS PATROCINADOS E QUE ESTEJAM SOLICITANDO BENEFÍCIOS.

O(A) patrocinador(a) já assinou uma I-864? Sim Não Se **sim**, responda o restante 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 os aplicáveis)?

Aluguel Roupas Alimentação 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)

6d. Estudantes

Alguém que está solicitando benefícios, incluindo você, frequenta 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/Treinamento	Status de Matrícula (✓ – marque um)	Está trabalhando?
		<input type="checkbox"/> A meio tempo ou mais <input type="checkbox"/> Menos de a meio tempo Número de créditos/horas: _____	Média de horas de trabalho por semana: _____
		<input type="checkbox"/> A meio tempo ou mais <input type="checkbox"/> Menos de a meio tempo Número de créditos/horas: _____	Média de horas de trabalho por semana: _____

6e. 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 entregue em sua casa por uma ordem de dependência judicial? Sim Não

Você deseja que a criança seja incluída no seu caso de benefício de CalFresh? Se **sim**, o rendimento de abrigo para menores que você recebe será calculado como rendimento não proveniente de trabalho. Se **não**, o rendimento de abrigo para menores que você recebe não será calculado como rendimento não proveniente de trabalho. Sim Não

7. Rendimentos não provenientes de trabalho

Alguém com quem você compra e prepara alimentos recebe rendimento que não tenha base no trabalho (não proveniente de trabalho)?

Sim Não Se **sim**, responda esta pergunta. Se **não**, pule para a próxima pergunta.

Marque todos os tipos de rendimento não provenientes de trabalho que se apliquem aos exemplos seguintes (é possível que sejam outros não listados aqui):

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Seguro Social | <input type="checkbox"/> Benefícios de Veteranos ou Pensão Militar | <input type="checkbox"/> Ganhos da loteria/dos jogos de azar |
| <input type="checkbox"/> SSI/SSP (Rendimento/Pagamentos de Seguro Suplementar) | <input type="checkbox"/> Assistência financeira (concessões/empréstimos/bolsas escolares) | <input type="checkbox"/> Assistência com aluguel/alimentos/roupas |
| <input type="checkbox"/> Auxílio em dinheiro | <input type="checkbox"/> Presente em dinheiro | <input type="checkbox"/> Seguros ou disposições jurídicos |
| <input type="checkbox"/> CalWORKs(Programa Californiano de Oportunidades de Trabalho e Responsabilidade Direcionada a Crianças) / TANF (Assistência Temporária para Famílias Carentes) / GA/GR(Assistência/Auxílio Geral) / CAPI (Auxílio em Dinheiro para Imigrantes) | <input type="checkbox"/> Seguro de Desemprego/Seguro Estadual de Invalidez (SDI) | <input type="checkbox"/> Seguro por invalidez ou pensão de aposentadoria particular |
| <input type="checkbox"/> Alojamento e refeições (de um arrendatário) | <input type="checkbox"/> Seguro de Acidente de Trabalho | <input type="checkbox"/> Benefícios de greve |
| <input type="checkbox"/> Pensão | | <input type="checkbox"/> Outro _____ |
| <input type="checkbox"/> Assistência ao Cônjuge/Criança | | |
| <input type="checkbox"/> Pensão por invalidez ou aposentadoria do governo/da ferrovia | | |

Quem é a pessoa que recebe o dinheiro?	De onde?	Quanto?	Com que frequência recebe? (uma vez, semanalmente, mensalmente, ou outro)	É passível de continuação? (✓ marque Sim ou Não)
		\$		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		\$		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		\$		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		\$		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Se esse rendimento não for passível de continuação, explique:

8. Rendimento proveniente do trabalho

Alguém com quem você compra e prepara alimentos recebe rendimento de um emprego (rendimento proveniente de trabalho)?

Sim Não Se **sim**, responda esta pergunta. Se **não**, pule para a pergunta 9.

LEMBRETE: Se você for autônomo, preencha a pergunta 8a.

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

Exemplos de rendimento proveniente de trabalho 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)

Pessoa que está trabalhando	Nome e Endereço do Empregador	Número de telefone do Empregador	Taxa Horária	Média de horas por semana	Com que frequência se paga? (semanalmente, mensalmente, outro)	Total de rendimentos brutos recebidos no mês corrente	Passível de continuação? (✓ Marque Sim ou Não)
			\$			\$	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
			\$			\$	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
			\$			\$	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
			\$			\$	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Se esse rendimento não for passível de continuação, explique:

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

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

alguém está em greve? Sim Não

SE SIM, QUEM?	DATA EM QUE ENTROU EM GREVE	DATA DO ÚLTIMO PAGAMENTO
MOTIVO?		

8a. Autonomia

Os membros da residência que sejam autônomos poderão subtrair despesas atuais da autonomia, ou poderão afirmar uma dedução padrão de 40% do rendimento de autonomia. Se você escolher despesas atuais, terá que fornecer comprovantes das despesas ao Condado.

A Pessoa autônoma	Data de admissão na Empresa	Tipo e nome do negócio	Rendimento Bruto Mensal	Despesas de autonomia (por favor, ✓ marque um)
			\$	<input type="checkbox"/> Taxa Fixa - 40% <input type="checkbox"/> Despesas Atuais \$ _____
			\$	<input type="checkbox"/> Taxa Fixa - 40% <input type="checkbox"/> Despesas Atuais \$ _____
			\$	<input type="checkbox"/> Taxa Fixa - 40% <input type="checkbox"/> Despesas Atuais \$ _____
			\$	<input type="checkbox"/> Taxa Fixa - 40% <input type="checkbox"/> Despesas Atuais \$ _____
			\$	<input type="checkbox"/> Taxa Fixa - 40% <input type="checkbox"/> Despesas Atuais \$ _____

9. Despesas de Residência por Cuidados de Crianças/Adultos

Você ou alguém com quem você compra e prepara alimentos paga pela assistência a uma criança, um adulto deficiente, ou algum outro dependente para que você ou a outra pessoa possam trabalhar, frequentar a escola ou um treinamento, ou buscar emprego? Sim Não
 Se **sim**, responda esta pergunta. Se **não**, pule para a próxima pergunta.

Quem recebe a assistência?	Quem fornece a assistência? (nome e endereço do provedor)	Qual é o valor pago?	Com que frequência se paga? (semanalmente/mensalmente, outro)
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

Há alguém que ajuda a sua residência a pagar todo ou parte de seus custos de assistência às crianças/adultos listados acima?

Sim Não Se **sim**, complete abaixo:

Quem recebe a assistência?	Quem ajuda a pagar?	Qual é o valor pago?	Com que frequência se paga? (semanalmente/mensalmente, outro)
		\$	
		\$	

10. Pagamentos de Pensão à Criança

Você ou alguém com quem você compra e prepara alimentos é obrigado legalmente a pagar pensão à criança, inclusive pensão à criança em atraso? Sim Não Se **sim**, responda esta pergunta. Se **não**, pule para a próxima pergunta.

Quem paga a pensão à criança?	Nome(s) da(s) criança à qual (is) se paga a pensão:	Qual é o valor pago?	Com que frequência se paga? (semanalmente/mensalmente, outro)
		\$	
		\$	

11. Despesas da Casa

Você ou alguém com quem você compra e prepara alimentos é responsável por quaisquer despesas da casa? Sim Não
 Se **sim**, responda esta pergunta. Se **não**, pule para a próxima pergunta.

LEMBRETE: 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). Aquecimento, ar condicionado, telefone, outros serviços públicos, e abrigo dos desalojados são subsídios fixos, e você não precisa preencher o valor devido atual.

Tipos de Despesas	Tem essa despesa?	Quem paga?	Valor devido	Com que frequência se fatura? (semanalmente/mensalmente)
Aluguel ou hipoteca	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		\$	
Impostos sobre imóveis e seguros (se são faturados separadamente do aluguel ou da hipoteca)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		\$	
Gás, eletricidade, ou outro combustível usado para aquecimento ou ar condicionado, tal como lenha ou propano (se são faturados separadamente do aluguel ou da hipoteca)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Telefone fixo/celular	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Despesas de Abrigo para o Desalojado	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Água, esgoto, lixo	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Há alguém <u>fora</u> da residência que lhe ajuda a pagar as despesas listadas acima? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim , complete.		Quem ajuda a pagar?	\$ Quanto?	Com que frequência se paga?

Sua residência recebe, ou espera receber algum pagamento do Programa de Energia Doméstica para Baixa Renda (LIHEAP)? Sim Não

12. Despesas Médicas:

É você, ou outra pessoa com quem você compra e prepara alimentos, uma pessoa idosa (com mais de 60 anos de idade) ou deficiente, e que tem despesas médicas pagas do próprio bolso? Sim Não Se **sim**, responda esta pergunta. Se **não**, pule para a próxima pergunta.

OBSERVE: Não liste cônjuges ou crianças que recebam 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:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cuidados médicos ou dentários | <input type="checkbox"/> Prêmios de Medicare (proporção de custos de Medi-Cal, etc.) | <input type="checkbox"/> Despesas com transporte (quilometragem ou taxa) e alojamento para obter tratamento ou serviços médicos |
| <input type="checkbox"/> Hospitalização/tratamento ambulatorio/cuidado de idosos | <input type="checkbox"/> Dentaduras, aparelhos auditivos e próteses | <input type="checkbox"/> Óculos e lentes de contato receitados |
| <input type="checkbox"/> Medicamentos receitados | <input type="checkbox"/> Manutenção de um assistente necessário devido à idade, doença ou enfermidade | <input type="checkbox"/> Provisões e equipamentos receitados |
| <input type="checkbox"/> Prêmios de apólices de Seguro para Saúde e Hospitalização | <input type="checkbox"/> Número e custo das refeições fornecidas a um assistente | <input type="checkbox"/> Despesas de animais de serviço (alimentos, faturas de veterinário, etc.) |
| | <input type="checkbox"/> Medicamentos receitados ou de livre aquisição | |

Nome da pessoa idosa/deficiente	Valor da despesa	Qual é a frequência de pagamento? (semanalmente, mensalmente, outro)	Quais são os tipos de despesas? (receitas médicas, dentaduras, número de refeições do assistente, etc.)	A residência será reembolsada por algumas despesas médicas? (por Medi-Cal, seguro, membro da família, etc.)
	\$			SE SIM , POR QUEM: QUANTO: \$
	\$			SE SIM , POR QUEM: QUANTO: \$
	\$			SE SIM , POR QUEM: QUANTO: \$
	\$			SE SIM , POR QUEM: QUANTO: \$

13. Alguém que está solicitando benefícios, incluindo você, recebe alimentos de qualquer um dos seguintes? Sim Não

Se **sim**, responda a esta pergunta. Se **não**, pule para a próxima pergunta.

- Centro de jantar comunal para idosos/deficientes
- Programa de distribuição de alimentos operado por uma reserva nativo-americano
- Outro programa de alimentação

SE SIM , QUAL?	ONDE?
SE SIM , QUAL?	ONDE?

14. Alguém que está solicitando benefícios, incluindo você, mora em qualquer um dos seguintes? Sim Não

Se **sim**, responda a esta pergunta. Se **não**, pule para a próxima pergunta.

- Abrigo para desalojados
- Abrigo para mulheres vítimas de violência
- Reserva nativo-americano
- 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 Largo Prazo ou de Refeições e Cuidados

Nome de pessoa	Nome da instituição (centro, abrigo, instalação, etc.)	Data Esperada de Alta Hospitalar (se é aplicável)

15. Você ou alguém que mora com vocês tem 60 anos de idade ou mais e é incapaz de comprar alimentos e preparar refeições separadamente devido a uma deficiência? Sim Não

SE **SIM**, QUEM?

16. Recursos da Residência

Você ou alguém com quem você compra e prepara alimentos tem quaisquer recursos (dinheiro em caixa, dinheiro no banco, Certificado de Depósito (CDs), ações e títulos, etc.)? Sim Não Se **sim**, responda esta pergunta. Se **não**, pule para a próxima pergunta.

Marque cada recurso listado abaixo:

- | | | |
|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Conta Bancária/Cooperativa de Crédito (Corrente) | <input type="checkbox"/> Conta do Mercado Monetário | <input type="checkbox"/> Ações |
| <input type="checkbox"/> Conta Bancária/Cooperativa de Crédito (Poupança) | <input type="checkbox"/> Fundos de investimento/fundos fiduciários | <input type="checkbox"/> Títulos |
| <input type="checkbox"/> Cofre de Segurança Bancário | <input type="checkbox"/> Certificado de Depósito (CD) | <input type="checkbox"/> Outro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Conta(s) de Título(s) | <input type="checkbox"/> Dinheiro em mãos | |

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

Para cada caixa marcada acima, complete as seguintes informações.

Em nome de quem o recurso está listado?	Que 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 três meses? Sim Não

17. Benefícios Duplicados

Você ou algum membro da residência já foi condenado por receber benefícios SNAP duplicados (o nome federal para o programa de assistência alimentar) fraudulentamente em qualquer estado depois do dia 22 de setembro de 1996?

Sim Não

Se **sim**, quem foi? _____

18. Benefícios provenientes do 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 \$500 ou mais depois do dia 22 de setembro de 1996?

Sim Não

Se **sim**, quem foi? _____

19. Troca de Benefícios por Drogas

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

Sim Não

Se **sim**, quem foi? _____

20. 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 depois do dia 22 de setembro de 1996?

Sim Não

Se **sim**, quem foi? _____

21. Criminoso Foragido

Você ou algum membro de sua residência está foragido ou fugindo da lei para evitar acusação, ser preso, ou ir para a prisão por um crime hediondo ou uma tentativa de crime hediondo?

Sim Não

Se **sim**, quem foi? _____

22. 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? _____

23. Crime Hediondo de Drogas

1. Você ou outro membro de sua residência já foi condenado por posse criminosa, uso ou distribuição de uma substância controlada (drogas ilegais, ou determinadas drogas que exigem receita médica) após 22 de agosto de 1996?

Sim Não

2a. A condenação foi em virtude de algum dos seguintes?

Sim Não

- Transportar, importar para esse estado, vender, fornecer, administrar, dar, possuir para venda, comprar para efeitos de venda, fabricar ou processar e precursores com a intenção de fabricar uma substância controlada; ou cultivar, colher, processar a maconha.
- Incentivar, induzir, solicitar ou intimidar um menor a participar de qualquer uma das atividades acima.

2b. Se **não**, ea condenação criminal 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) Matriculou-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 tem evidências que já parou?

Sim Não

Se **sim**, explique: _____

Espaço Adicional para Escrita

Espaço Adicional para Escrita

NÃO PREECHER - USO EXCLUSIVO DO CONDADO (COUNTY USE ONLY)

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

Is the household's gross income less than \$150 and cash on hand, or in checking and savings accounts \$100 or less?

Yes No

Is the household's combined gross income and cash on hand or on checking and savings accounts 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 and does not expect to receive more than \$25 in next 10 days?

Yes No