RECERTIFICAÇÃO DE RESIDÊNCIAS NÃO ASSISTIDAS PELO CALFRESH (Vale-Refeição)

Este formulário pode ser utilizado para recertificação em substituição ao requerimento exclusivo de CalFresh para as residências não assistidas pelo CalFresh que estão sujeitas a relatórios trimestrais/orçamento prospectivo.

Preencha as seguintes informações pessoais referentes à pessoa que está solicitando o CalFresh.

Preencha este formulário com a maior quantidade de informações possível,assine a página 5 e entregue ao departamento de CalFresh local. Precisamos pelo menos do seu nome, endereço e assinatura. **Se você estiver sem dinheiro para comprar alimentos,poderá obter benefícios de CalFresh emergenciais em 3 (três) dias.**

Você precisa tentar respondertodas as perguntas deste formulário de recertificação.

Nome (PRIMEIRO, SOBRENOME, ÚLTIMO)			TELEFONE DE CONTATO: ( )
ENDEREÇO RESIDENCIAL (NÚMERO, RUA)			ENDEREÇO DE CORRESPONDÊNCIA (CASO SEJA DIFERENTE)
CIDADE	ESTADO	Código postal	CIDADE / ESTADO / Código postal

USO EXCLUSIVO DO CONDADO

Você está desabrigado? ☐ SIM ☐ NÃO

Se "SIM", você está temporariamente na residência de outra pessoa? ☐ SIM ☐ NÃO

Se "SIM", forneça a data de início de sua estadia nessa residência: _____

BENEFÍCIOS IMEDIATOS

1. Alguém da sua residência é um migrante/trabalhador sazonal? ☐ SIM ☐ NÃO
   a. Qual é o valor do seu aluguel ou hipoteca este mês? $ _____
   b. Qual é o valor de seus serviços publicos este mês, se for separado do seu aluguel ou hipoteca? $ _____
   c. Quanto você tem em dinheiro? Inclua o dinheiro em contas bancárias,na sua residência ou em qualquer outro local. $ _____
   d. Você tem ou receberá alguma renda este mês? ☐ SIM ☐ NÃO
   Liste toda a renda da sua residência abaixo:

NOME DA PESSOA QUE RECEBE O DINHEIRO	QUAL É O VALOR MENSAL?
	$
	$

Complete os itens A, B e C abaixo. Se você não preencher esta seção, o condado irá fazê-lo por você. Confira todas as opções válidas. Isso não afetará a sua elegibilidade.

A. ETNIA

Você é hispânico ou latino? ☐ YES ☐ NO

B. RAÇA/ORIGEM ÉTNICA *(Selecione uma ou mais das seguintes categorias:)*

☐ Nativo-americano ou nativo do Alasca ☐ Negro ou afro-americano

☐ Asiático *(Se marcado, por favor, selecione um ou mais dos seguintes)*
☐ Filipino ☐ Chinês ☐ Japonês ☐ Coreano ☐ Vietnamita ☐ Indígena asiático
☐ Cambojano ☐ Laotiano ☐ Outro país asiático *(especificar)* _____

☐ Nativo do Havaí ou outras ilhas do Pacífico *(Se marcado, por favor, selecione um ou mais dos seguintes)*
☐ Nativo do Havaí ☐ Guamaniano ☐ Samoano ☐ Outros *(especifique)* _____

☐ Caucasiano

C. IDIOMA PRINCIPAL

☐ Inglês ☐ Espanhol ☐ Laosiano ☐ Filipino ☐ Língua de Sinais Americana ☐ Cantonês
☐ Cambojano ☐ Vietnamita ☐ Russo ☐ Outros *(especifique)* _____

2. Relacione todas as pessoas que vivem com você, incluindo você. Anexe uma folha de papel, se necessário.

NOME:	SSN:	DATA DE NASCIMENTO:	RELACIONAMENTO:
			CHEFE DA RESIDÊNCIA

Marque todas que se aplicam:

☐ Cidadão/Natural dos EUA ☐ Não cidadão ☐ Residente com permanência legal Patrocinado: ☐ SIM ☐ NÃO

NOME:	SSN:	DATA DE NASCIMENTO:	RELACIONAMENTO:

Marque todas que se aplicam: Você deseja que essa pessoa tenha um cartão de transferência eletrônica de benefício (EBT) para comprar alimentos para você? ☐ SIM ☐ NÃO

☐ Cidadão/Natural dos EUA ☐ Não cidadão ☐ Residente com permanência legal Patrocinado: ☐ SIM ☐ NÃO

Você compra e prepara os alimentos com esta pessoa? ☐ SIM ☐ NÃO

NOME:	SSN:	DATA DE NASCIMENTO:	RELACIONAMENTO:

Marque todas que se aplicam: Você deseja que essa pessoa tenha um cartão de transferência eletrônica de benefício (EBT) para comprar alimentos para você? ☐ SIM ☐ NÃO

☐ Cidadão/Natural dos EUA ☐ Não cidadão ☐ Residente com permanência legal Patrocinado: ☐ SIM ☐ NÃO

Você compra e prepara os alimentos com esta pessoa? ☐ SIM ☐ NÃO

NOME:	SSN:	DATA DE NASCIMENTO:	RELACIONAMENTO:

Marque todas que se aplicam: Você deseja que essa pessoa tenha um cartão de transferência eletrônica de benefício (EBT) para comprar alimentos para você? ☐ SIM ☐ NÃO

☐ Cidadão/Natural dos EUA ☐ Não cidadão ☐ Residente com permanência legal Patrocinado: ☐ SIM ☐ NÃO

Você compra e prepara os alimentos com esta pessoa? ☐ SIM ☐ NÃO

NOME:	SSN:	DATA DE NASCIMENTO:	RELACIONAMENTO:

Marque todas que se aplicam: Você deseja que essa pessoa tenha um cartão de transferência eletrônica de benefício (EBT) para comprar alimentos para você? ☐ SIM ☐ NÃO

☐ Cidadão/Natural dos EUA ☐ Não cidadão ☐ Residente com permanência legal Patrocinado: ☐ SIM ☐ NÃO

Você compra e prepara os alimentos com esta pessoa? ☐ SIM ☐ NÃO

NOME:	SSN:	DATA DE NASCIMENTO:	RELACIONAMENTO:

Marque todas que se aplicam: Você deseja que essa pessoa tenha um cartão de transferência eletrônica de benefício (EBT) para comprar alimentos para você? ☐ SIM ☐ NÃO

☐ Cidadão/Natural dos EUA ☐ Não cidadão ☐ Residente com permanência legal Patrocinado: ☐ SIM ☐ NÃO

Você compra e prepara os alimentos com esta pessoa? ☐ SIM ☐ NÃO

NOME:	SSN:	DATA DE NASCIMENTO:	RELACIONAMENTO:

Marque todas que se aplicam: Você deseja que essa pessoa tenha um cartão de transferência eletrônica de benefício (EBT) para comprar alimentos para você? ☐ SIM ☐ NÃO

☐ Cidadão/Natural dos EUA ☐ Não cidadão ☐ Residente com permanência legal Patrocinado: ☐ SIM ☐ NÃO

Você compra e prepara os alimentos com esta pessoa? ☐ SIM ☐ NÃO

NOME:	SSN:	DATA DE NASCIMENTO:	RELACIONAMENTO:

Marque todas que se aplicam: Você deseja que essa pessoa tenha um cartão de transferência eletrônica de benefício (EBT) para comprar alimentos para você? ☐ SIM ☐ NÃO

☐ Cidadão/Natural dos EUA ☐ Não cidadão ☐ Residente com permanência legal Patrocinado: ☐ SIM ☐ NÃO

Você compra e prepara os alimentos com esta pessoa? ☐ SIM ☐ NÃO

NOME:	SSN:	DATA DE NASCIMENTO:	RELACIONAMENTO:

Marque todas que se aplicam: Você deseja que essa pessoa tenha um cartão de transferência eletrônica de benefício (EBT) para comprar alimentos para você? ☐ SIM ☐ NÃO

☐ Cidadão/Natural dos EUA ☐ Não cidadão ☐ Residente com permanência legal Patrocinado: ☐ SIM ☐ NÃO

Você compra e prepara os alimentos com esta pessoa? ☐ SIM ☐ NÃO

3. Alguém reside em algum dos seguintes locais ou participa de algum programa de alimentos, incluindo os listados abaixo? *(marque todos os que se aplicam)* ☐ SIM ☐ NÃO

- ☐ Lar para desabrigados
- ☐ Unidade prisional
- ☐ Centro de reabilitação para dependentes químicos
- ☐ Programa de distribuição de alimentos
- ☐ Reserva para nativo-americano
- ☐ Instituição penal
- ☐ Abrigos para mulheres maltratadas
- ☐ Hospital psiquiátrico/Instituição mental

Se SIM, preencha o seguinte:

NOME:	NOME DO CENTRO/ABRIGO/PROGRAMA DE ALIMENTOS, ETC.	DATA DE ENTRADA	DATA PREVISTA DE SAÍDA

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

Meio período DA PESSOA QUE PAGA PELAS REFEIÇÕES/ QUARTO	NOME DA PESSOA QUE OFERECE REFEIÇÕES/ QUARTO	MARQUE UM: (✔)	QUANTO?	COM QUE FREQUÊNCIA?	NÚMERO DE REFEIÇÕES POR DIA
		☐ Refeições ☐ Quarto ☐ Ambos			

5. Há alguém de 16 anos de idade ou mais, matriculado na escola, faculdade ou em um programa de treinamento? ☐ SIM ☐ NÃO
Se SIM, preencha o seguinte:

NOME DA PESSOA	NOME DA ESCOLA	FREQUÊNCIA	NÚMERO DE UNIDADES POR SEMESTRE/TRIMESTRE	TRABALHO
		☐ Período integral ☐ Meio período ☐ Outro		☐ SIM ☐ NÃO **Número de horas:**
		☐ Período integral ☐ Meio período ☐ Outro		☐ SIM ☐ NÃO **Número de horas:**

6. Há alguém em sua residência incapaz de comprar ou preparar refeições,em virtude de ser cego, surdo ou inválido? ☐ SIM ☐ NÃO
Se SIM, preencha o seguinte:

NOME	EXPLIQUE

7. Alguém em sua residência está grávida? ☐ SIM ☐ NÃO
Se SIM, preencha o seguinte:

NOME	DATA PREVISTA DO PARTO

8. Você ou qualquer pessoa que mora na residência tem quaisquer custos de habitação? ☐ SIM ☐ NÃO
Se SIM, preencha o seguinte:

CUSTO DE HABITAÇÃO	CUSTO TOTAL	QUANTO VOCÊ PAGA?	QUAL É O VALOR PAGO POR PROGRAMAS DE ASSISTÊNCIA À HABITAÇÃO, COMOO HUD (Departamento de Habitação e Desenvolvimento Urbano dos EUA),SEÇÃO 8, ETC.?	SE OUTRA PESSOA PAGA, QUAL É O VALOR?	COM QUE FREQUÊNCIAÉ COBRADO?
Aluguel					
Pagamento de imóvel*(hipoteca)*					
Imposto de Propriedade *(Se não estiver em pagamento de imóvel)*					
Seguros *(Se não estiver em pagamento de imóvel)*					
Outros *(explique)*:					

9a. Alguém tem gastos com serviços públicos? ☐ SIM ☐ NÃO
Se SIM, por favor, marque todas as caixas abaixo que se aplicam.

Gás		Eletricidade	
Electricity		Esgoto	
Outros combustíveis *(como propano, butano, madeira, carvão, etc.)*		Telefone/outros meios de comunicação, como internet, etc.	
Água		Outros *(explique)*	

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

Serviçospúblicos	**Utilizado para aquecimento ou resfriamento?**
Gás	☐ SIM ☐ NÃO
Eletricidade	☐ SIM ☐ NÃO
Outro combustível	☐ SIM ☐ NÃO

10. Alguém, incluindo crianças, possui algum dos recursos listados abaixo? ☐ SIM ☐ NÃO
Se sim, explique abaixo:

- Dinheiro ou cheques
- Hipotecas
- Planos de remuneração diferida de funcionário
- Conta Individual de Aposentadoria (IRA) ou planos Keogh
- Fundos de aposentadoria
- Certificado de depósito
- Conta corrente ou poupança
- Direitos sobre exploração depetróleo, mineração ou minérios
- Contratos de vendas
- Fideicomissos
- Ações, títulos
- Contas do explique abaixo
- Contas de união de crédito
- Outros

TIPO DE RECURSO	PROPRIETÁRIO	VALOR ATUAL	VALOR DE VIDO *(SE HOUVER)*	NOME E ENDEREÇO DO BANCO	NÚMERO DA CONTA

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

TIPO	**ENDEREÇO OU LOCAL**	**USADO COMO:** ☐ **PÁGINA PRINCIPAL** ☐ **ALUGUEL**	**PROPRIETÁRIO:**	**VALOR ESTIMADO:** **VALOR DE VIDO:**
TIPO	**ENDEREÇO OU LOCAL**	**USADO COMO:** ☐ **PÁGINA PRINCIPAL** ☐ **ALUGUEL**	**PROPRIETÁRIO:**	**VALOR ESTIMADO:** **VALOR DE VIDO:**

12a. Algum membro da sua residência está fugindo da lei para evitar acusação por crime de menor potencial ofensivo, custódia ou encarceramento após a condenação? ☐ SIM ☐ NÃO
Se SIM, explique abaixo:

NOME	EXPLIQUE	NOME	EXPLIQUE

12b. Algum membro da residênciafoi declarado como estando em violação de liberdade vigiada/liberdade condicional? ☐ SIM ☐ NÃO
Se SIM, explique abaixo:

NOME	EXPLIQUE	NOME	EXPLIQUE

13a. Desde 22 de agosto de 1996, você ou qualquer membro da residência foi declarado culpado de crime relacionado com entorpecentes?

Se Não, vá para a questão nº 15.

Se Sim: _____ _____
NOME DATA DA ACUSAÇÃO

13b. A acusação foi por um dos seguintes motivos:

- Transporte, importação para este estado, venda, fornecimento, administração,distribuição,posse para venda, compra com o propósito de venda, fabricação ou processamento de componentes com a intenção de fabricar uma substância controlada ou cultivar, colher, ou processar maconha? ☐ SIM ☐ NÃO
- Estímulo, indução, solicitação ou intimidação de um menor para participar de qualquer uma das atividades acima? ☐ SIM ☐ NÃO

14. Você ou algum membro de sua residência:

a) Concluiu um programa de tratamento contra drogas reconhecido pelo governo? ☐ SIM ☐ NÃO
b) Participou de um programa de tratamento contra drogas reconhecido pelo governo? ☐ SIM ☐ NÃO
c) Inscreveu-se em um programa de tratamento contra drogas reconhecido pelo governo? ☐ SIM ☐ NÃO
d) Foi colocado em uma lista de espera de um programa de tratamento contra drogas reconhecido pelo governo? ☐ SIM ☐ NÃO
e) Abandonou o uso de substâncias controladas? (Deve exibir a prova ao seu trabalhador) ☐ SIM ☐ NÃO

Se SIM, explique:_____

15. É possível autorizar alguém a agir em nome do chefe da residência em caso de doença ou outras circunstâncias.
Se você deseja autorizar alguém, preencha abaixo:

NOME DO REPRESENTANTE AUTORIZADO	ENDEREÇO	NÚMERO DE TELEFONE

16. Você está interessado em informações ou indicação para cobertura médica *(Programa Californiano de Assistência Médica [Medi-Cal] ou Healthy Families)*? ☐ SIM ☐ NÃO

CERTIFICAÇÃO DO REQUERENTE/BENEFICIÁRIO

Eu preenchi as perguntas acima e li todas as informações. Eu entendo as novas regras de CalFresh e as penalidades que se aplicam ao meu requerimento ou novo requerimento de CalFresh. Estou ciente das novas regras e concordo em cumpri-las.

O Departamento de Agricultura dos EUA proíbe a discriminação em todos os seus programas e atividades, com base em raça, cor, sexo, religião, nacionalidade, idade, deficiência ou crenças políticas. Você pode registrar uma reclamação, se entender que tenha sido alvo de discriminação. Se não concordar com a decisão do condado, um processo de apelação lhe é disponibilizado.

As informações contidas neste requerimento podem ser compartilhadas com órgãos federais, estaduais e locais para os fins de certificação de elegibilidade para o Programa CalFresh. Este processo pode incluir a confirmação com o Serviço de Imigração e Naturalização dos EUA (USCIS, antigo INS) do status de imigração apenas das pessoas que procuram os benefícios CalFresh. A lei federal estabelece que o USCIS não pode usar as informações para qualquer outro fim, exceto em casos de fraude.

ASSINATURA

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

Assinatura (Membro adulto da residência ou Representante autorizado) **X**	Data
Assinatura da Testemunha ou Intérprete **X**	Data
Assinatura do Trabalhador Elegível **X**	Data