

# Declaração dos Fatos

Este formulário foi criado para ser preenchido pelo funcionário de elegibilidade durante a entrevista com o candidato. Entretanto, pode ser preenchido pelo cliente em situações especiais, como recertificação da residência com vale-refeição ou solicitação pelo correio.

**A. Todos as pessoas na residência são cidadãos dos EUA?**  Sim  Não  
(Se sim, pule para E)

*Os candidatos não precisam fornecer informações ou documentos de status de imigração dos membros da família que não são elegíveis devido ao status de imigração e não estão solicitando os benefícios.*

| Nome da Pessoa: | Patrocinado?  | Há quantos anos cada membro da sua residência está nos EUA? | Em quantos desses anos você, seu cônjuge e/ou seus pais (antes de você completar 18 anos) ganharam dinheiro trabalhando nos EUA? | Quantos anos, se aplicável, você, seu cônjuge e/ou seus pais (antes de completar 18 anos) trabalharam nos EUA ou para uma empresa norte-americana enquanto não moravam nos EUA? |
|-----------------|---|---|--|---|
| 1.              | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |   |  |   |
| 2.              | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |   |  |   |
| 3.              | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |   |  |   |
| 4.              | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |   |  |   |
| 5.              | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |   |  |   |
| 6.              | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |   |  |   |
| 7.              | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |   |  |   |
| 8.              | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |   |  |   |
| 9.              | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |   |  |   |
| 10.             | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |   |  |   |

**B. Algum não cidadão na residência está prestando serviço militar aos EUA ou é um veterano ou cônjuge ou dependente de alguém servindo ao exército ou de um veterano? Se sim, explique:**  Sim  Não

| Nome da pessoa: | Ramo de serviço | Data de serviço: |
|-----------------|-----------------|------------------|
|                 |                 |                  |
|                 |                 |                  |
|                 |                 |                  |

**C. Algum membro da residência é um não cidadão que sofreu abusos nos EUA?**  Sim  Não

**D. Alguém possui pelo menos 40 trimestres ou 10 anos de trabalho nos EUA? Se sim, informe o nome da(s) pessoa(s) abaixo:**  Sim  Não

Nome da(s) pessoa(s) com pelo menos 40 trimestres de trabalho:

**COUNTY USE ONLY**

Case Name \_\_\_\_\_

Case Number \_\_\_\_\_

Worker Number \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**TYPE OF APPLICATION**

New  Recert

Residency verified

Length of time in another's home

FS ID verified

Received food stamps

Where? \_\_\_\_\_

When? \_\_\_\_\_

**Household Information**

| Name      | Eligible?  | Reasons |
|-----------|--|---------|
| 1. _____  | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | _____   |
| 2. _____  | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | _____   |
| 3. _____  | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | _____   |
| 4. _____  | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | _____   |
| 5. _____  | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | _____   |
| 6. _____  | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | _____   |
| 7. _____  | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | _____   |
| 8. _____  | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | _____   |
| 9. _____  | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | _____   |
| 10. _____ | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | _____   |

Honorable Discharge verified  YES  NO

USCIS Petition Filed?  YES  NO

40 Quarters Verified

Own Quarters

Spouse's Quarters

Spouses' Combined Quarters

Parent(s) Quarters

CFAP  YES  NO

Person #: \_\_\_\_\_

# Declaração dos Fatos

**E. Alguém na residência tem mais de 60 anos e não é capaz de comprar alimentos e preparar refeições? Alguém na residência tem deficiência visual/auditiva/física ou alguma mulher está grávida? Se sim, explique abaixo:**  Sim  Não

| Nome | Explique | Nome | Explique |
|------|----------|------|----------|
|      |          |      |          |
|      |          |      |          |

**F. Alguém mora em qualquer uma das instalações a seguir ou participa de um programa de alimentação, incluindo os listados abaixo? Se sim, explique abaixo:**  Sim  Não

- Alojamento para pessoas sem lugar para morar
- Alojamento para mulheres que sofreram abusos
- Reserva para nativos-americanos
- Clínica de reabilitação para dependentes químicos
- Habitação subsidiada pela federação
- Refeitório comunitário para idosos ou deficientes
- Habitação em grupo para deficientes visuais/físicos
- Programa de distribuição de alimentos
- Instituição corretora/Penitenciária
- Hospital psiquiátrico
- Instituição mental

| Nome | Nome do centro/alajamento/programa de alimentação/etc. | Data de admissão | Data esperada de saída |
|------|--|------------------|------------------------|
|      |  |                  |                        |
|      |  |                  |                        |

**G. Você paga a alguém ou alguém paga a você por refeições e/ou um quarto? Se sim, explique abaixo:**  Sim  Não

| Nome da pessoa que paga pelas refeições/quarto | Nome da pessoa que fornece as refeições/quarto | Marque: <input checked="" type="checkbox"/> Refeições<br><input type="checkbox"/> Quarto<br><input type="checkbox"/> Ambos | Valor | Frequência | Nº de refeições por dia |
|--|--|--|-------|------------|-------------------------|
|  |  |  |       |            |                         |

**H. Algum membro da sua residência está evitando ou fugindo da lei para evitar perseguição por crimes, custódia ou confinamento depois da acusação ou em violação à liberdade condicional? Se sim, explique abaixo:**  Sim  Não

| Nome | Explique | Nome | Explique |
|------|----------|------|----------|
|      |          |      |          |

**I. Desde 22 de agosto de 1996, você ou qualquer membro da sua residência foi acusado de crime relacionado a drogas?**  Sim  Não (Se não, vá para a questão K.)

Se sim: \_\_\_\_\_  
Nome Data da Acusação

A acusação foi por uma das ações a seguir?

- Transportar, importar para este estado, vender, fornecer, administrar, distribuir, possuir para venda, comprar com o propósito de venda, fabricar ou processar componentes com a intenção de fabricar uma substância controlada ou cultivar, colher ou processar maconha?  Sim  Não
- Estimular, induzir, solicitar ou intimidar um menor para participar de qualquer uma das atividades acima?  Sim  Não

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

- a) Concluiu um programa de tratamento contra drogas reconhecido pelo governo?  Sim  Não
- b) Participou de um programa de tratamento reconhecido pelo governo?  Sim  Não
- c) Inscreveu-se em um programa de tratamento contra drogas reconhecido pelo governo?  Sim  Não
- d) Foi colocado em uma lista de espera de um programa de tratamento contra drogas reconhecido pelo governo?  Sim  Não
- e) Abandonou o uso de substâncias controladas e tem provas de que abandonou?  Sim  Não

Se sim, explique: \_\_\_\_\_

## COUNTY USE ONLY

Separate household required  
 YES  NO

Medical Expenses  
 DFA 285C Completed  
 YES  NO

FS Eligible Facility  
 YES  NO

| Household Elects |           |        |
|------------------|-----------|--------|
| Boarder          | HH Member | Roomer |
|                  |           |        |
| Boarder          | HH Member | Roomer |
|                  |           |        |

Qualifying Drug Felony?  
 YES  NO

Meets Felony Conditions of Eligibility?  
 YES  NO

# Declaração dos Fatos

**K. Os benefícios do vale-refeição foram interrompidos para alguém devido a sanções de trabalho ou treinamento ou falha em cumprir os requisitos de trabalho de um adulto apto para o trabalho (ABAWD) ou por Violação Intencional do Programa ou fraude à assistência social? Se sim, explique abaixo:**  Sim  Não

| Nome | Evento | Motivo | Data | Período | Condado/Estado |
|------|--------|--------|------|---------|----------------|
|      |        |        |      |         |                |
|      |        |        |      |         |                |
|      |        |        |      |         |                |

**L. Alguém maior de 16 anos está matriculado na escola, faculdade ou em um programa de treinamento? Se sim, explique abaixo:**  Sim  Não

| Nome da pessoa | Nome da escola | <input type="checkbox"/> Período integral<br><input type="checkbox"/> Meio período<br><input type="checkbox"/> Outro | Nº de unidades por semestre/trim. | Empregado?<br><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não<br>Nº de horas: _____ |
|----------------|----------------|--|-----------------------------------|---|
|                |                |  |                                   |   |
|                |                |  |                                   |   |

**M. Alguém saiu/recusou trabalho ou treinamento nos últimos 60 dias? Alguém está em greve? Se sim, explique abaixo:**  Sim  Não  Sim  Não

| Nome da pessoa                          | Em greve <input type="checkbox"/><br>Saiu/Recusou Trabalho <input type="checkbox"/> | Último dia de trabalho                            | Última data de pagamento |
|---|---|---|--------------------------|
|   |   |   |                          |
| Nome/Endereço do empregador/treinamento |   | Se saiu ou recusou trabalho/treinamento, explique |                          |
|   |   |   |                          |

**N. Alguém vendeu, gastou ou cedeu uma propriedade real ou pessoal nos últimos 3 meses, como casa, conta bancária, indenização por acordo legal ou acidente ou qualquer outro elemento? Se sim, explique abaixo:**  Sim  Não

| Nome | Explique |
|------|----------|
|      |          |
|      |          |

**O. Alguém possui ou está comprando bens imobiliários em algum lugar (dentro ou fora dos Estados Unidos)? Se sim, explique abaixo:**  Sim  Não

| Tipo | Endereço ou local | Usado como:<br><input type="checkbox"/> Residência<br><input type="checkbox"/> Aluguel | Proprietário: | Valor estimado:<br><br>Valor devido: |
|------|-------------------|--|---------------|--------------------------------------|
|      |                   |  |               |                                      |
|      |                   |  |               |                                      |

## COUNTY USE ONLY

Exemption from FS work registration and/or the ABAWD work requirements?  
 YES  NO

Good cause if sanction was imposed?  
 YES  NO

Minimum FS sanction completed?  
 YES  NO

Met ABAWD requirements for regaining eligibility?  
 YES  NO

Eligible for 3 consecutive ABAWD months?  
 YES  NO

FS Eligible Student  
 YES  NO

FS Eligible Student  
 YES  NO

Striker Regs Apply  
 YES  NO

Gross Monthly Income Earned from Job Before the Strike:  
 \$ \_\_\_\_\_

Voluntary Quit  
 YES  NO

Good Cause  
 YES  NO

# Declaração dos Fatos

## P. Alguém, incluindo crianças, possui um dos recursos indicados abaixo?

Se sim, explique abaixo:

Sim  Não

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dinheiro ou cheques                      | <input type="checkbox"/> Contas do mercado de dinheiro       | <input type="checkbox"/> Contas correntes ou poupança                            | <input type="checkbox"/> Direitos sobre exploração de petróleo, mineração ou minérios |
| <input type="checkbox"/> Fundos de aposentadoria                  | <input type="checkbox"/> Fundos de fideicomisso              | <input type="checkbox"/> IRA (Conta Individual de Aposentadoria) ou Planos Keogh | <input type="checkbox"/> Outro  |
| <input type="checkbox"/> Contratos de vendas                      | <input type="checkbox"/> Contas de união de crédito          |  |   |
| <input type="checkbox"/> Ações, títulos, certificados de depósito | <input type="checkbox"/> Compensação diferida de funcionário |  |   |
| <input type="checkbox"/> Hipotecas                                |  |  |   |

| Tipo de recurso | Proprietário | Valor atual (se houver) | Valor devido | Nome e Endereço do banco/instituição | Número da conta |
|-----------------|--------------|-------------------------|--------------|--------------------------------------|-----------------|
|                 |              |                         |              |                                      |                 |
|                 |              |                         |              |                                      |                 |

## Q. Alguém, incluindo crianças, recebe ou espera receber dinheiro de uma das fontes indicadas abaixo?

Sim  Não

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Assistência monetária (CalWORKs, Assistência para Refugiados, CAPI, Programa de Assistência Geral, TANF tribal)</li> <li>Benefícios estaduais (Benefícios de Seguro-Desemprego ou Seguro por Incapacidade)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Pagamentos administrativos a veteranos (Deficiência, Educação, Auxílio e Participação etc.)</li> <li>Benefícios de Seguro Social ou SSI/SSP</li> <li>Conselho de aposentados que trabalham em ferrovias (Deficiência ou Aposentadoria)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Outra deficiência, aposentadoria, sobreviventes</li> <li>Pensão a filho/esposa</li> <li>Subvenções escolares, empréstimos e/ou bolsas escolares</li> <li>Pagamentos per capita</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Ganhos com jogos (bingo, loteria, prêmios etc.)</li> <li>Benefícios gerados por greves</li> <li>Pagamentos para treinamento</li> <li>Outro</li> </ul> |
|--|--|--|--|

| Nome | Fonte do dinheiro | Valor | Freqüência |
|------|-------------------|-------|------------|
|      |                   |       |            |
|      |                   |       |            |
|      |                   |       |            |

## R. Algum membro da residência, incluindo crianças, está trabalhando ou espera trabalhar nos próximos dois meses? Se sim, explique abaixo:

Sim  Não

| Nome | Empregador/Endereço | Nº de horas de trabalho por mês | Renda bruta mensal |
|------|---------------------|---------------------------------|--------------------|
|      |                     |                                 |                    |
|      |                     |                                 |                    |

## S. Alguém paga por cuidados com uma criança ou adulto deficiente para que possa trabalhar, treinar, ir para a escola ou procurar emprego? Se sim, explique abaixo:

Sim  Não

| Nome da(s) pessoa(s) que recebe os cuidados | Nome da pessoa que paga | Valor | Freqüência |
|---|-------------------------|-------|------------|
|   |                         | \$    |            |
|   |                         | \$    |            |

### COUNTY USE ONLY

Total Value = \_\_\_\_\_

SSI pending  YES  NO

Interim Assistance  YES  NO

GA  YES  NO

CAPI  YES  NO

Person #: \_\_\_\_\_

Self-employed?

Actual  40%

Is the caretaker a household member?

YES  NO

# Declaração dos Fatos

**T. Alguém paga todos os seus gastos ou parte dos seus gastos com assistência infantil? Se sim, explique abaixo:**

Sim  Não

|                         |  |
|-------------------------|--|
| Nome da pessoa que paga | Qual o valor pago?<br>\$ _____ por _____ |
|-------------------------|--|

**U. Algum membro da residência paga pensão alimentícia? Se sim, explique abaixo:**

Sim  Não

| Nome da pessoa que paga | Nome da(s) criança(s) que recebe pensão alimentícia | Valor pago por mês | Por ordem legal?  |
|-------------------------|---|--------------------|---|
|                         |   | \$                 | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
|                         |   | \$                 | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |

**V. Você ou algum membro da residência tem gastos com habitação?**

Sim  Não

|   | Nome | Total de gastos | Valor que você paga | Valor que a família ou outro membro da residência paga | Freqüência de pagamento |
|---|------|-----------------|---------------------|--|-------------------------|
| Pagamento de aluguel ou moradia   |      | \$              | \$                  | \$   |                         |
| Impostos sobre propriedade e seguro (se separado)                             |      | \$              | \$                  | \$   |                         |
| Gás, eletricidade ou outro combustível usado para aquecimento ou resfriamento |      | \$              | \$                  | \$   |                         |
| Água, esgoto, lixo  |      | \$              | \$                  | \$   |                         |
| Telefone  |      | \$              | \$                  | \$   |                         |
| Outra despesa   |      | \$              | \$                  | \$   |                         |

**W. Você pode autorizar algum membro da sua residência ou alguém de fora da sua residência para buscar seu vale-refeição. Se deseja autorizar alguém, preencha abaixo:**

|                                  |                                      |          |
|----------------------------------|--------------------------------------|----------|
| Nome do representante autorizado | Endereço do representante autorizado | Telefone |
|----------------------------------|--------------------------------------|----------|

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

Sim  Não

COUNTY USE ONLY

Court order on file?  
 YES  NO

Amount ordered: \$ \_\_\_\_\_

Total housing verified?  
 YES  NO

Total housing  
\$ \_\_\_\_\_

Shared housing  
 YES  NO

Utilities verified?  
 YES  NO

Heating or Cooling verified?  
 YES  NO

Utility Allowance?  
 SUA  
 LUA  
 TUA

# Declaração dos Fatos

## CERTIFICAÇÃO

- Compreendo as perguntas deste formulário.
- Compreendo que todos os fatos fornecidos por mim, incluindo os fatos sobre benefícios e rendimentos, serão conferidos junto aos registros locais, estaduais e federais, como empregadores, a Administração de Identidade Nacional, pagamentos de impostos, previdência, agências de emprego etc.
- Compreendo que o condado enviará informações ao Serviço de Imigração e Cidadania dos EUA (USCIS) para a verificação de status de não cidadão e à Administração de Identidade Nacional para a verificação de informações sobre trimestres de trabalho para os não cidadãos solicitando os benefícios do vale-refeição.
- Compreendo que as informações que o condado obter do USCIS e/ou da Identidade Nacional poderão afetar a minha elegibilidade aos benefícios do vale-refeição.
- Compreendo que as informações, incluindo os fatos sobre benefícios e rendimentos, que forneci neste formulário estão sujeitas a investigações e revisão pelo pessoal do condado, estado e federação e, caso tenha fornecido fatos incorretos, meus benefícios do vale-refeição poderão ser recusados ou interrompidos.
- Compreendo meus direitos e responsabilidades (DFA 285 A3) e concordo em cumprir as minhas responsabilidades.
- Compreendo as penalidades, incluindo as penalidades de desqualificação específicas aos benefícios do vale-refeição, explicadas no DFA 285 A3, pelo fornecimento de fatos incompletos ou falha em relatar fatos ou situações que possam afetar a minha elegibilidade ou benefícios.
- Compreendo que a residência com Vale-Refeição, qualquer membro adulto da residência com vale-refeição (mesmo que se mude para outro lugar), o patrocinador de um não cidadão membro da residência ou o representante autorizado dos residentes em uma instituição elegível terá de devolver quaisquer benefícios que a residência não deveria ter recebido.
- Compreendo que meu caso pode ser escolhido para revisões adicionais a fim de garantir que minha elegibilidade foi calculada corretamente e devo cooperar completamente com o pessoal do meu condado, estado ou federação durante qualquer investigação ou revisão, incluindo as revisões do controle de qualidade.
- Compreendo que qualquer membro da minha residência que esteja evitando ou fugindo da lei para evitar perseguição por crimes, custódia ou confinamento depois da acusação ou em violação à liberdade condicional não poderá receber os benefícios do vale-refeição.
- Compreendo que nenhum membro da residência acusado de crime relacionado a drogas depois de 22 de agosto de 1996, por produção, venda, distribuição de substância controlada ou qualquer atividade em conexão a esses atos ilegais, cultivo, colheita ou processamento de maconha ou que envolva um menor nas atividades acima poderá receber benefícios do vale-refeição.

***Compreendo que, caso o condado tenha preenchido este formulário com base nas minhas respostas, li e concordei que as informações foram registradas com precisão. Declaro, sob pena de perjúrio segundo as leis dos Estados Unidos da América e do Estado da Califórnia, que as informações contidas nesta declaração dos fatos são verdadeiras, corretas e estão completas.***

Assinatura (Membro Adulto da Residência ou Representante Autorizado):

Data

Assinatura de testemunha ou intérprete

Data

Assinatura do funcionário de elegibilidade

Data