
 <p>OFFICE OF ECONOMIC SELF-SUFFICIENCY MYFLFAMILIES.COM</p>	<p>Requerimento</p> <p>Existe algum motivo que dificulta a sua locomoção até um escritório para uma entrevista? <input type="checkbox"/> Doença <input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> Trabalho ou Treinamento <input type="checkbox"/> Reside em Zona Rural <input type="checkbox"/> Cuida de um membro da família doente ou deficiente <input type="checkbox"/> Outro (por favor, explique):</p>	 <p>Carimbo com Data: _____ Número do Processo: _____</p>		
<p>Eu gostaria de solicitar: <input type="checkbox"/> Auxílio Alimentação <input type="checkbox"/> Dinheiro <input type="checkbox"/> Cuidador (a) de Membro Familiar <input type="checkbox"/> OSS/Suplementos Opcionais Oferecidos pelo Estado <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/></p>				
<p>Concessão de Medicaid /Atendimentos Domiciliares e Comunitários <input type="checkbox"/> Casa de Repouso <input type="checkbox"/> Serviços de Enfermagem Domiciliar – Endereço anterior à adoção da Enfermagem Domiciliar</p>				
<p>Bem-vindo ao Departamento de Assistência às Crianças e às Famílias da Flórida (DCF). Se você precisar de ajuda para preencher este formulário, ou precisar de serviços de um intérprete, por favor, contate a ACCESS Flórida através do número 1-866-762-2237. Nós precisamos de, pelo menos, o seu nome, endereço e assinatura. O processamento da sua solicitação começará no dia em que nós recebermos o seu requerimento assinado. Os membros da família que não se qualificam, ou aqueles que não estiverem solicitando os benefícios, deverão ser designados como não-requerentes. Os não-requerentes, ou aqueles que estiverem requerendo Medicaid Emergencial, Assistência Financeira aos Refugiados, ou Assistência Médica aos Refugiados, NÃO são requerendo a fornecer o Número de Seguridade Social (SSN). Caso você não se qualifique para obter o seu cartão de Seguridade Social em função do seu status de imigração, você poderá ser qualificado para obter um número de Seguridade Social sem fins trabalhistas para então poder receber os benefícios que necessitam de um número de Seguridade Social. Caso você necessite de um número de Seguridade Social, nós podemos ajudá-lo na solicitação do mesmo. Os não-requerentes NÃO são obrigados a fornecer comprovantes de status migratório. Os indivíduos que não são cidadãos americanos e que estiverem solicitando os benefícios terão o seu status migratório verificado junto ao Departamento de Serviços de Cidadania e Imigração dos Estados Unidos da América (USCIS). Nós não informaremos ao USCIS sobre o status migratório de indivíduos que vivem em sua residência e que não estão solicitando os benefícios. Indivíduos que não estão solicitando benefícios não serão, sob nenhuma circunstância, relatados como residentes ilegais nos Estados Unidos. Se você estiver completando este requerimento em nome de outra pessoa, responda às perguntas com base nas circunstâncias dela.</p>	<p>AUXILIO ALIMENTAÇÃO EXPRESSO – As Famílias qualificadas receberão os benefícios de auxílio alimentação dentro de 7 dias</p>			
	<p>A sua renda bruta familiar é menor do que US\$ 150? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p>	<p>Você paga pelo serviço de aquecimento ou resfriamento da sua casa (Termostato)? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p>		
	<p>O total dos seus ativos líquidos (tais como dinheiro, contas bancárias, etc) é menor do que US\$ 100? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p>	<p>Qual é o valor mensal do seu aluguel ou hipoteca? \$</p>		
	<p>O seu rendimento mensal familiar bruto somado com o total de seus ativos líquidos é inferior ao valor do seu aluguel ou da hipoteca mensal acrescido de serviços públicos? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p>	<p>Não existem rendimentos recentemente na sua renda familiar? Caso sim, desde QUANDO? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p>		
	<p>Assinale as contas que você paga: <input type="checkbox"/> Eletricidade <input type="checkbox"/> Gás <input type="checkbox"/> Água <input type="checkbox"/> Esgoto <input type="checkbox"/> Telefone</p>	<p>Existe em sua casa alguém que seja considerado um camponês ou migrante sazonal? Caso sim, QUEM? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p>		
<p>INFORMAÇÕES DO REQUERENTE</p>				
<p>Nome: Primeiro</p>	<p>Sobrenome</p>	<p>Último Sobrenome</p>	<p>Número de telefone residencial ou de recados:</p>	<p>Endereço de E-Mail:</p>
<p>Endereço Residencial: Rua</p>	<p>Apto. Num.</p>	<p>Cidade</p>	<p>Estado</p>	<p>CEP Telefone Comercial:</p>
<p>Endereço para correspondência (caso seja diferente do endereço em que você reside): Rua / Caixa Postal</p>		<p>Cidade</p>	<p>Estado</p>	<p>CEP Telefone Celular:</p>
<p>INFORMAÇÕES PARA TODOS OS PROGRAMAS</p>				
<p>Alguém em sua residência é um fugitivo da lei devido a um crime ou está sob provação ou violação de liberdade condicional? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Caso sim, quem?</p>	<p>Alguém em sua casa foi condenado por um crime de tráfico de drogas? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Caso sim, quem?</p>	<p>Alguém em sua casa já foi condenado por receber assistência alimentar, assistência financeira temporária, ou Medicaid em mais de um estado ao mesmo tempo? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Caso sim, quem?</p>		
<p>Alguém em sua casa vendeu ou concedeu quaisquer bens ou ativos nos últimos cinco anos? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Caso sim, quem?</p>	<p>Alguém em sua casa saiu do emprego nos últimos 60 dias ou alguém está em greve? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Caso sim, quem?</p>	<p>Alguém em sua casa recebeu alimentos, dinheiro ou assistência médica de outro estado ou fonte nos últimos 30 dias? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Caso sim, quem?</p>		
<p>DECLARAÇÃO DE ENTENDIMENTO</p>		<p>ASSINATURAS</p>		
<p>Compreendo que as informações que eu forneci neste requerimento, na entrevista, ou ao solicitar outros benefícios, incluindo as informações no sistema que coincidem com aquelas fornecidas para outros órgãos, estão sujeitas à verificação pelo DCF e demais órgãos Federais e Estaduais, incluindo o órgão público de assistência contra fraude. Compreendo e concordo com o seguinte: O DCF, o órgão Público de Assistência contra Fraude (PAF), e os órgãos federais autorizados poderão verificar as informações apresentadas por mim neste formulário, na entrevista, ou na solicitação de outros benefícios. As informações poderão ser obtidas através do meu presente empregador ou de empregadores anteriores. A minha assinatura autoriza a divulgação de tais informações ao DCF e / ou PAF. Como condição de participação no Medicaid, eu autorizo a análise e a liberação de todos os prontuários médicos considerados necessários pela Medicaid sob a sua fiscalização e poderes investigativos. Caso alguma informação estiver incorreta, os benefícios poderão ser reduzidos ou negados, e eu posso estar sujeito a responder um processo criminal ou ser desqualificado do programa pelo fato de estar ciente do fornecimento de informações incorretas ou falsas, ou ainda pela omissão de informações. Eu li sobre os meus Direitos e Responsabilidades. Eu afirmo, sob pena de perjúrio e até onde me é dado saber, que as informações contidas neste formulário são verdadeiras, incluindo o status de cidadania e não cidadania daqueles que estão solicitando tais benefícios. Pelo presente, confirmo o recebimento das Normas de Gestão e Proteção das Informações Pessoais de Saúde, DCF Flórida CFOP 60-17, Capítulo 1, Anexo 2.</p>		<p>Assinatura do Membro Familiar Adulto _____ Data da Assinatura _____</p>		
		<p>Assinatura da testemunha, se assinado com um "X" _____</p>		
		<p>Representante Designado / Autorizado – Nome Impresso, endereço e telefone _____</p>		
		<p>Assinatura do Representante Autorizado / Designado _____</p>		
<p>O requerimento continua na página 2. Por favor, forneça o maior número de informações possível para nos ajudar a determinar a sua qualificação de uma forma mais rápida.</p>				
<p>SOMENTE PARA USO OFICIAL</p>	<p>Nome da Comunidade Local Access Participante / Número de telefone: _____</p>			<p>Carimbo Datado de: _____</p>

INFORMAÇÕES SOBRE O AGREGADO: Se você precisar de espaço adicional nas seções seguintes, por favor, utilize folhas adicionais. Por favor, forneça o maior número de informações possível para nos ajudar a determinar a sua qualificação de uma forma mais rápida.

Enumere a si mesmo e todos os indivíduos que vivem em sua casa, mesmo que você não esteja solicitando benefícios para eles. Caso você não esteja solicitando benefícios para um membro, você não precisa fornecer o número de Seguridade Social ou status de cidadania do mesmo. Caso você esteja residindo em uma casa de repouso ou outro tipo de acomodação institucional, informe apenas os seus dados, do seu cônjuge e dos seus dependentes.

INFORMAÇÕES OPCIONAIS – ETNIA: **A** = Hispânica ou Latina; **B** = Não Hispânica ou Latina

RAÇA: Você poderá escolher um ou mais números: **1** – Indígena Americano ou Nativo do Alasca, **2** – Asiático, **3** – Negro ou Afro-Americanos **4** – Hvaiano Nativo, **5** – Branco

Seção A – Enumere todos os indivíduos adultos que vivem em seu endereço

Nome Legal Primeiro Nome, Sobrenome, Último Sobrenome	Grau de Parentesco em relação a você	Deseja se inscrever?	Sexo	Número de Seguridade Social (veja instruções acima)	Data e Local de Nascimento	Cidadão Americano	Etnia (veja acima)	Raça (veja acima)	Estado Civil	Frequente Escola / Número de horas por semana / Última série concluída	Compra e consome alimentos com você
	VOCÊ MESMO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M			<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO USCIS #	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Número de horas por semana: _____ Última Série Concluída: _____	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M			<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO USCIS #	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Número de horas por semana: _____ Última Série Concluída: _____	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M			<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO USCIS #	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Número de horas por semana: _____ Última Série Concluída: _____	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M			<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO USCIS #	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Número de horas por semana: _____ Última Série Concluída: _____	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

Seção B – Enumere todas as crianças que vivem em seu endereço. Caso uma pessoa estiver grávida, escreva “em gestação” como o nome e a data do término da gestação como sendo a data de nascimento.

Nome Legal Primeiro Nome, Sobrenome, Último Sobrenome	Grau de Parentesco em relação a você	Deseja se inscrever?	Sexo	Número de Seguridade Social (veja instruções acima)	Data e Local de Nascimento	Cidadão Americano	Etnia (veja página 2)	Raça (veja página 2)	Crianças menores de 5 anos imunizadas	Frequente Escola/ Nome da Escola	Data da Formatura	Compra e consome alimentos com você
Criança 1 Você gostaria que essa criança obtivesse serviços de exame de saúde completo para crianças? SIM NÃO		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M			<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO USCIS #	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Se sim, nome da Escola: _____		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Criança 2 Você gostaria que essa criança obtivesse serviços de exame de saúde completo para crianças? SIM NÃO		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M			<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO USCIS #	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Se sim, nome da Escola: _____		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

Criança 3	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO USCIS #	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Se sim, nome da Escola:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Criança 4	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO USCIS #	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Se sim, nome da Escola:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

Medicaid: Para crianças com idade inferior a 16 anos, caso não exista outra prova de identidade disponível, tal como registros escolares ou documento de identificação com foto, leia e assinhe abaixo:

Declaro, sob pena de perjúrio, que todas as crianças que estão listadas acima são as mesmas que eu afirmo ser.

Assinatura

Seção C - Informações da ausência dos pais: Forneça as seguintes informações para cada criança na seção B, cuja mãe e / ou pai não residam na mesma casa.										
Criança 1	Nome dos pais ausentes e último endereço conhecido				Data de Nascimento	Seguridade Social n °	Raça	Motivo da Ausência		
	Mãe						(Veja pág.2)			
	Esta é a mãe verdadeira da criança? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Deseja serviços de Aplicação de Subsídios de Menor caso não seja aprovado para os benefícios? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Local de nascimento da mãe	Número de telefone da mãe	Informações sobre Convênios Médicos					
					Empresa Nome:	Apólice Número:				
	Mãe Nome do Empregador:		Empregador Endereço:		Empregador Número do telefone:					
Criança 1	Nome dos pais ausentes e último endereço conhecido				Data de Nascimento	Seguridade Social n °	Raça	Motivo da Ausência		
	Pai						(Veja pág.2)			
	Este é o pai verdadeiro da criança? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Deseja serviços de Aplicação de Subsídios de Menor caso não seja aprovado para os benefícios? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Local de nascimento do Pai	Número de telefone do Pai	Informações sobre Convênios Médicos					
					Empresa Nome:	Apólice Número:				
	Pai Nome do Empregador:		Empregador Endereço:		Empregador Número do telefone:					
Criança 2	Nome dos pais ausentes e último endereço conhecido				Data de Nascimento	Seguridade Social n °	Raça	Motivo da Ausência		
	Mãe						(Veja pág.2)			
	Esta é a mãe verdadeira da criança? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Deseja serviços de Aplicação de Subsídios de Menor caso não seja aprovado para os benefícios? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Local de nascimento da mãe	Número de telefone da mãe	Informações sobre Convênios Médicos					
					Empresa Nome:	Apólice Número:				
	Mãe Nome do Empregador:		Empregador Endereço:		Empregador Número do telefone:					
Criança 2	Nome dos pais ausentes e último endereço conhecido				Data de Nascimento	Seguridade Social n °	Raça	Motivo da Ausência		
	Pai						(Veja pág.2)			
	Este é o pai verdadeiro da criança? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Deseja serviços de Aplicação de Subsídios de Menor caso não seja aprovado para os benefícios? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Local de nascimento do Pai	Número de telefone do Pai	Informações sobre Convênios Médicos					
					Empresa Nome:	Apólice Número:				
	Pai Nome do Empregador:		Empregador Endereço:		Empregador Número do telefone:					

Criança 3	Nome dos pais ausentes e último endereço conhecido				Data de Nascimento	Seguridade Social n °	Raça	Motivo da Ausência
	Mãe						(Veja pág.2)	
	Esta é a mãe verdadeira da criança? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		Deseja serviços de Aplicação de Subsídios de Menor caso não seja aprovado para os benefícios? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		Local de nascimento da mãe	Número de telefone da mãe	Informações sobre Convênios Médicos	
	Mãe Nome do Empregador:		Empregador Endereço:		Empresa Nome:		Apólice Número:	
	Nome dos pais ausentes e último endereço conhecido				Data de Nascimento	Seguridade Social n °	Raça	Motivo da Ausência
	Pai						(Veja pág.2)	
Criança 4	Nome dos pais ausentes e último endereço conhecido				Data de Nascimento	Seguridade Social n °	Raça	Motivo da Ausência
	Mãe						(Veja pág.2)	
	Este é a mãe verdadeira da criança? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		Deseja serviços de Aplicação de Subsídios de Menor caso não seja aprovado para os benefícios? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		Local de nascimento da mãe	Número de telefone da mãe	Informações sobre Convênios Médicos	
	Mãe Nome do Empregador:		Empregador Endereço:		Empresa Nome:		Apólice Número:	
	Nome dos pais ausentes e último endereço conhecido				Data de Nascimento	Seguridade Social n °	Raça	Motivo da Ausência
	Pai						(Veja pág.2)	
Criança 4	Nome dos pais ausentes e último endereço conhecido				Data de Nascimento	Seguridade Social n °	Raça	Motivo da Ausência
	Mãe						(Veja pág.2)	
	Este é a mãe verdadeira da criança? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		Deseja serviços de Aplicação de Subsídios de Menor caso não seja aprovado para os benefícios? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		Local de nascimento da mãe	Número de telefone da mãe	Informações sobre Convênios Médicos	
	Mãe Nome do Empregador:		Empregador Endereço:		Empresa Nome:		Apólice Número:	
	Nome dos pais ausentes e último endereço conhecido				Data de Nascimento	Seguridade Social n °	Raça	Motivo da Ausência
	Pai						(Veja pág.2)	
Criança 4	Nome dos pais ausentes e último endereço conhecido				Data de Nascimento	Seguridade Social n °	Raça	Motivo da Ausência
	Mãe						(Veja pág.2)	
	Este é a mãe verdadeira da criança? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		Deseja serviços de Aplicação de Subsídios de Menor caso não seja aprovado para os benefícios? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		Local de nascimento da mãe	Número de telefone da mãe	Informações sobre Convênios Médicos	
	Mãe Nome do Empregador:		Empregador Endereço:		Empresa Nome:		Apólice Número:	
	Nome dos pais ausentes e último endereço conhecido				Data de Nascimento	Seguridade Social n °	Raça	Motivo da Ausência
	Pai						(Veja pág.2)	
Criança 4	Nome dos pais ausentes e último endereço conhecido				Data de Nascimento	Seguridade Social n °	Raça	Motivo da Ausência
	Mãe						(Veja pág.2)	
	Este é a mãe verdadeira da criança? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		Deseja serviços de Aplicação de Subsídios de Menor caso não seja aprovado para os benefícios? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		Local de nascimento da mãe	Número de telefone da mãe	Informações sobre Convênios Médicos	
	Mãe Nome do Empregador:		Empregador Endereço:		Empresa Nome:		Apólice Número:	
	Nome dos pais ausentes e último endereço conhecido				Data de Nascimento	Seguridade Social n °	Raça	Motivo da Ausência
	Pai						(Veja pág.2)	

Seção D - Informações Gerais: Responda as seguintes perguntas sobre os indivíduos listados nas seções A e B que estão requerendo assistência.

1.	Todos são residentes do estado da Flórida?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Caso a resposta seja não, quem não é?
2.	Existe alguma pessoa grávida na sua residência?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Quem? Data do término da gestação: Número de bebês da gestação:
3.	Alguém já participou de uma associação escolar para qualquer uma das crianças que possuem idade entre 6-18 anos?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Quem? Quando?
4.	Alguém ou os pais (caso ainda seja uma criança) ou cônjuge falecido (se aplicável) prestou serviços para o exército dos EUA?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Quem? Quando?
5.	Alguém na sua residência é um não cidadão americano casado?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Quem?
6.	Alguém vive em um ambiente especial, como um abrigo, centro de tratamento da toxicodependência, casa de repouso, unidades de vida assistida, casas de tratamento familiar para adultos, instalações residenciais de tratamento de saúde mental ou outra instituição?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Quem? Nome e Tipo da Instituição:
7.	Alguém é filho adotivo?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Quem?
8.	Alguma criança possui condições limitadas ou está impedida de algum modo em sua capacidade de executar as tarefas que a maioria das crianças da mesma idade podem fazer?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Quem?
9.	Alguma criança necessita de terapia especial, tal como a terapia física, ocupacional ou de fala, tratamento ou aconselhamento de problemas emocionais, de desenvolvimento ou comportamentais?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Quem?
10.	Alguma criança necessita de uma maior quantidade de cuidados médicos, serviços de saúde mental, ou de serviços educacionais do que o normal para a maioria das crianças da mesma idade?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Quem?
11.	Caso você esteja solicitando serviços de enfermagem domiciliar, existe alguma criança (de qualquer idade) morando em sua residência que seja cega ou deficiente?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Quem? Qual é o grau de parentesco dela em relação a você?
12.	Alguém já foi reconhecido como deficiente pelo Departamento de Seguridade Social ou do Estado da Flórida?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Quem?
13.	Existe alguém reivindicando ser portador de deficiência e que ainda não tenha sido reconhecido como deficiente pelo Departamento de Seguridade Social ou do Estado da Flórida?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Quem?

14. Alguém já teve o pedido de Seguro de Renda Complementar (SSI) negado nos últimos 90 dias?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Quem?	Quando?
15. Alguém da sua família precisou de assistência do Medicare premiums ou com contas médicas nos últimos 3 (três) meses?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Quem?	
16. Alguém, que teve a sua condição de deficiente negada, possui uma nova enfermidade que não foi considerada pela Administração do Departamento de Seguridade Social?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Quem?	
17. Existe alguém em sua casa que já foi vítima de tráfico de seres humanos? (Vítimas de tráfico de seres humanos são pessoas tidas, mantidas ou movidas de foma forçada ou fraude para fins de exploração sexual ou trabalho forçado.)	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Quem?	

Seção E - Bens e Seguros: Se você precisar de espaço adicional nas seções seguintes, por favor, utilize folhas adicionais.

1. Dentre as pessoas que você está solicitando benefícios, alguém possui todo ou parte de quaisquer bens, tais como: veículos, contas bancárias, contas fiscais protegidas, propriedades, certificados de depósito bancário (CDBs), dinheiro, letras hipotecárias, notas promissórias, empréstimos, planos de previdência, plano de aposentadoria 401Ks, títulos, pensões anuais, ações, imóveis, bens vitalícios, depósitos, planos de pensão para trabalhador autônomo, comunidade de assistência a aposentadoria continuada ou contratos de assistência de vida das comunidades, contratos de sepultamento / jazigo, despesas de funeral pré-pagas, títulos ou certificados de poupança, ativos empresariais, grandes somas de dinheiro recebido nos últimos três meses, assistência em longo prazo de cuidados com a saúde / vida / seguro de automóveis, HMOs, Medicare ou plano Medicare complementar etc? Incluindo os bens / seguros de pais de filhos menores de idade, se os candidatos residem na mesma casa, e bens / seguros dos cônjuges dos requerentes se viverem na mesma casa. SIM NÃO **Se sim, informe abaixo:**

INFORMAÇÕES IMPORTANTES PARA OS PROPRIETÁRIOS DE PENSÕES ANUAIS: De acordo com a Lei Pública 109-171, os indivíduos (e seus cônjuges), que estão solicitando ou que receberem o Programa de Assistência Institucional Medicaid (serviços de enfermagem domiciliar), Casas de Repouso, concessão aos programas de Serviços Básicos Comunitários e Residenciais, ou do Programa de Assistência Integral aos Idosos, deverão informar todas as pensões anuais que eles possuem. Algumas aquisições de pensões anuais (ou outras operações) realizadas em ou após 01/11/2007 serão consideradas como transferências de ativos por um valor menor do que o de mercado, ao menos que essas pensões anuais nomeiem os Órgãos de Administração de Assistência à Saúde do Estado da Flórida como o primeiro beneficiário remanescente (ou segundo beneficiário remanescente após cônjuge do grupo ou as crianças menores ou deficientes) para o total dos fundos do Medicaid pagos em nome do destinatário do Medicaid.

Indivíduo	Tipo de bens ou de seguro	Veículo Ano Marca Modelo	Quantidade devida em Veículos / Propriedades	Localização dos bens/seguro Banco/Empresa Nome e Endereço	Número da Conta ou Número de Identificação do Seguro	Montante ou valor

2. Alguns dos bens acima mencionados foram reservados para cobrir despesas de funeral?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Quais?	Qual é o valor?
3. Alguém encerrou contas bancárias ou outros investimentos, adicionou outra pessoa como beneficiária de um bem, concedeu bens ou propriedades, ou liquidou ativos superiores a US \$ 3.000 para comprar outro bem ou serviço nos últimos 5 anos?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Quem? Qual?	Quando? Valor?

Seção F – Rendimentos

1. Dentre as pessoas que você está solicitando benefícios, alguém recebeu qualquer tipo de rendimento tais como: salários, gratificações, benefícios de trabalhador autônomo, plano de aposentadoria ou invalidez do departamento de Seguridade Social / Ferroviário, SSI, outra deficiência, rendimentos do estado da Virgínia, pensão, Cargo Público, benefícios de desemprego, pensão infantil, pensão alimentícia, dividendos, juros, remuneração, dinheiro de outra pessoa, pensão anual, aluguel, compensação à trabalhadores, propriedade/fundos, assistência pública, subsídios, bolsas de estudos, empréstimos estudantis, pagamentos de reparações, subsídios educacionais, etc? (Incluindo o rendimento dos pais que vivem na casa com as crianças menores requerentes, e a renda dos cônjuges e dependentes dos requerentes, se viverem na casa.) SIM NÃO **Se sim, escreva abaixo:**

Indivíduo	Tipo de Renda	Nome do Empregador ou Fonte de Renda	Telefone do Empregador	Valor mensal anterior a dedução	Quantas vezes recebidos (Semanalmente/Quinzenal- mente/Mensalmente)	Pagamento em que dia da semana	Número de horas semanais de trabalho

2. Houve término dos rendimentos de alguém na sua casa nos últimos 60 dias?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Quem? Quando?	Fonte?			
3. Alguém na sua casa recebe rendimentos adicionais da fonte que está sendo considerada como encerrada?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Quem? Quando?	Valor bruto (anterior às deduções) recebidos apenas este mês? \$			
4. Alguém tem um pedido de benefícios pendente com o departamento de Seguridade Social ou Seguro Desemprego?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Quem?	Quais benefícios?			
5. Foram feitos depósitos para os rendimentos ou fundo Miller Type nos últimos três meses?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Quais fundos?	Data(s) e Quantidade(s) Depositada(s):			

Seção G – Despesas

1. Dentre as pessoas que você está solicitando benefícios, alguém possui a obrigação de pagar por despesas tais como: hipotecas, aluguel, IPTU, seguro de proprietário, taxas de condomínio/manutenção, gás, eletricidade, combustíveis, Programa de Assistência de Energia para famílias de baixa renda (LIHEAP), contas médicas, tais como, mas não limitados a: prescrições, óculos, transporte, visitas ao médico, dentário, auxílios a saúde, hospitalização ou seguros ou cobranças Medicare não cobertas por um seguro ou um terceiro, telefone, creches (crianças), ou pensão estabelecida em juízo como assistência para crianças que não moram com você? Incluindo as despesas dos pais de filhos menores de idade, se os candidatos residem na mesma casa, e as despesas dos cônjuges dos requerentes se viverem na mesma casa. SIM NÃO **Se sim, escreva abaixo:**

Tipo de Despesa	Quem é obrigado a pagar esta despesa	No caso de ser uma despesa médica, quem recebeu os serviços médicos?	Valor Mensal	Pago a quem	Data de pagamento	Ainda devido?	Para pensão para crianças estabelecida em juízo apenas, Nome da criança ou do responsável que recebe a pensão
						<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	

2. Como você aquece ou resfria a sua casa?

3. Você conta com a ajuda de alguém para pagar as despesas? SIM NÃO **Se sim, explique:**

VOCÊ PODE SER QUALIFICADO PARA AS TAXAS DE TELEFONIA REDUZIDAS

Selecione SIM se você gostaria que a DCF divulgasse o seu nome, SSN, número de telefone, e o fato de que você recebe auxílio alimentação, assistência financeira temporária ou Medicaid para a companhia telefônica local, para que você possa receber uma taxa reduzida de serviços de telefonia através do Programa Lifeline.

SIM NÃO

INFORMAÇÕES SOBRE AS PENALIDADES

Você poderá estar sujeito a ação processual por deliberadamente fornecer informações incorretas com a finalidade de receber benefícios de assistência pública.

VOCÊ PODE SOLICITAR O REGISTRO DE VOTO AQUI

Caso você não tenha registro para votar onde você atualmente reside, você gostaria de registrar-se para votar aqui hoje? Selecione SIM, caso você queira solicitar o registro de voto ou atualizar as suas informações de registro eleitoral. Se você selecionar NÃO ou não selecionar nenhuma opção, nós consideraremos que você optou por não requerer o registro para votar ou atualizar as suas informações de registro eleitoral. Selecionando SIM, NÃO, ou deixando esta questão em branco não afetará o seu recebimento de benefícios. SIM NÃO

INFORMAÇÕES SOBRE OS DIREITOS

Ajuda: Se você quiser ajuda para preencher o seu pedido de registro eleitoral, nós podemos ajudá-lo. A decisão de solicitar ou aceitar ajuda é sua. Você deverá preencher o requerimento de registro eleitoral com privacidade.

Benefícios: Se você estiver solicitando assistência pública a partir deste órgão, o fato de solicitar o registro, ou recusando-se a registrar-se para votar não afetará a quantidade de benefícios que serão fornecidos por este órgão.

Privacidade: Sua decisão de não registrar ou de não atualizar os seus registros, bem como o local onde você solicitou seu registro ou a atualização do seu registro eleitoral é confidencial e só poderá ser utilizada para fins de registro eleitoral.

Reclamação formal: Se você acredita que alguém interferiu tanto no seu direito de solicitar quanto para recusar o registro de voto, no seu direito à privacidade para decidir se solicitará o registro para votar, ou o seu direito de escolher o seu próprio partido político ou outras preferências políticas, você poderá enviar uma reclamação formal junto a: Florida Secretary of State, Division of Elections, NVRA Administrator, R.A. Gray Building, 500 S. Bronough Street, Tallahassee, Florida 32399-0250. Os formulários para apresentação de uma reclamação estão disponíveis no <http://election.dos.state.fl.us/nvra/index.shtml> ou ligue para 1-850-245-6200.

[Autoridade: National Voter Registration Act (42 U.S.C. 1973 gg); ss. 97.023, 97.058 e 97.0585, F.S.]

REQUISITOS DO ENVIO DE INFORMAÇÕES

Você deverá informar qualquer alteração em sua situação para o DCF de acordo com as exigências do programa. O programa de auxílio alimentação familiar requer a comunicação de alterações que causem o aumento dos benefícios, e quando a renda mensal do agregado for superior ao valor bruto do limite do auxílio alimentação em relação ao tamanho da família. Famílias que recebem Medicaid ou Assistência Financeira Temporária deverão continuar a informar as mudanças que poderiam afetar a sua qualificação no prazo de 10 dias.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES PARA OS IMIGRANTES

Solicitar ou receber benefícios de auxílio alimentação ou Medicaid não afetará o seu status de imigração ou de seus familiares, ou a capacidade de obter status de residente permanente (Green card). Recebendo Assistência Financeira Temporária ou assistência institucional em longo prazo, como benefício de enfermagem domiciliar poderá criar problemas com a obtenção desse status, especialmente se estes benefícios são a única renda da sua família.

INFORMAÇÕES SOBRE PENALIDADES – Auxílio Alimentação:

Se você for considerado culpado (por um tribunal estadual ou federal, ou uma audiência de desqualificação administrativa, ou assinar um termo de audiência) de intencionalmente fazer uma afirmação falsa ou enganosa, escondendo ou omitindo dados a fim de receber ou de uma tentativa de receber auxílio alimentação ou cometer qualquer ato que viole a Lei de Alimentos e Nutrição, regulamentos do auxílio alimentação, ou qualquer lei estadual para fins de utilização, apresentação, transferência, aquisição, recebimento, ou posse de benefícios de auxílio alimentação, você será considerado desqualificado. Você será desqualificado a obter benefícios com auxílio alimentação por 12 meses na primeira violação, 24 meses para a segunda violação e permanentemente na terceira violação. Se você for condenado por tráfico de benefícios de auxílio alimentação no valor de \$ 500 dólares ou mais, você será considerado desqualificado de forma permanente. Se você for condenado por esses atos, dependendo da gravidade, poderá ser multado em até US\$ 250.000,00 e ser preso por até 20 anos, ou ambos.

Se você for condenado por um tribunal estadual ou federal pelo motivo de ter feito uma declaração fraudulenta em relação à identidade ou residência a fim de receber o auxílio alimentação em mais de um estado ao mesmo tempo, você será desqualificado para participar do programa de auxílio alimentação por um período de 10 anos.

Se você estiver fugindo para evitar acusação, custódia ou confinamento, após a condenação por crime ou tentativa de cometer um crime, o que é também considerado um crime, ou violou a liberdade condicional imposta sob uma lei federal ou estadual, você será desqualificado para receber benefícios de auxílio alimentação. Essas informações poderão ser divulgadas a outros órgãos federais e estaduais para verificação oficial, e também para agentes policiais, com o intuito de apreender pessoas que fogem para evitar o cumprimento da lei.

Se você for considerado culpado de um crime de tráfico de drogas, ou condenado por um estado federal, estadual ou tribunal local pelo comércio de armas de fogo, munições, explosivos para obter benefícios de auxílio alimentação, você será considerado desqualificado para receber benefícios de auxílio alimentação.

INFORMAÇÕES SOBRE PENALIDADES - Assistência Financeira Temporária:

Se você, intencionalmente, fornecer informações falsas ou ocultar informações para receber ou continuar a receber assistência financeira temporária, e for condenado por um tribunal estadual ou federal, por uma audiência de desqualificação administrativa ou assinar um termo de audiência, você poderá ser desqualificado a receber o benefício por 12 meses para a primeira violação, 24 meses para a segunda violação e permanentemente na terceira violação.

Se você for considerado culpado de um crime de tráfico de drogas, ou estiver fugindo para evitar acusação, custódia ou encarceramento depois da condenação por um crime ou por uma tentativa de cometer um crime, o que é também um crime, ou violou a liberdade condicional imposta ao abrigo da lei federal ou estadual, você será desqualificado para receber benefícios de assistência financeira temporária. Se você for condenado por um tribunal estadual ou federal pelo motivo de ter feito uma declaração fraudulenta em relação à identidade ou residência a fim de receber benefícios de assistência financeira temporária em mais de um estado ao mesmo tempo, você será desqualificado para participar do programa de assistência financeira temporária por um período de 10 anos.

DECLARAÇÃO DE NÃO DISCRIMINAÇÃO DE CRIANÇAS E FAMÍLIAS PELO DEPARTAMENTO DA FLÓRIDA

Nenhuma pessoa pode, com base em raça, cor, religião, nacionalidade, sexo, idade ou deficiência, ser excluída de participar, ter o benefício negado, ou ser submetido à discriminação ilegal em qualquer programa ou atividade que receba ou que beneficie de assistência financeira federal e que seja administrado pelo Departamento. Para registrar uma reclamação, alegando violações desta política, contatar o Gabinete de Direitos Cívicos, Florida Department of Children and Families, 1317 Winewood Boulevard, Prédio 1, Sala 101, Tallahassee, Flórida 32399-0700 ou ligue para 1-850-487-1901 ou TDD 1-850-922-9220.

USDA-HHS DECLARAÇÃO DE NÃO DISCRIMINAÇÃO

De acordo com a Lei Federal e do Departamento de Agricultura dos EUA (USDA) e do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA (HHS), esta instituição está proibida discriminar qualquer pessoa com base em raça, cor, nacionalidade, sexo, idade ou deficiência. De acordo com a Lei de Alimentos e Nutrição e a política do USDA, a discriminação é proibida também com base nas crenças religiosas ou políticas. Para registrar uma reclamação de discriminação, entre em contato com o USDA ou HHS. Escreva para o USDA, Director, Escritório dos Direitos Cívicos, Sala 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20250-9410 ou ligue para (202) 720-5964 (voz e TDD). Escreva para o Gerente Regional, DHHS Escritório de Direitos Cívicos, Região IV, Atlanta Federal Center, 61, Forsyth Street, SW, Suite 3B70, Atlanta, GA 30303-8909 ou ligue para 1-800-368-1019 ou 1-800-537-7697 TDD .

APRESENTAÇÃO DO PEDIDO DE ASSISTÊNCIA

O pedido de assistência poderá ser submetido a qualquer escritório do Department of Children and Families Economic Self-Sufficiency Services no Estado da Flórida, por você mesmo ou por alguém autorizado a atuar em seu nome, pessoalmente, pelo correio, por fac-símile (fax), ou eletronicamente através da internet. As solicitações recebidas durante o horário comercial normal serão consideradas como recebidas no mesmo dia. Quando uma solicitação é recebida após o horário comercial normal, ela será considerada como recebida no primeiro dia útil seguinte da sua entrega.