

**PARA USO INTERNO**

IM do Assistente \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Número do Processo \_\_\_\_\_

IM do Supervisor \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Número(s) de Processo Relacionado \_\_\_\_\_

Status do TANF: ( ) NA ( ) RA ( ) RO ( ) TR Data de Registro \_\_\_\_\_

**SECCÃO I**

REQUERENTE: Por favor, use uma caneta para preencher este formulário com cuidado e de forma precisa. SE NÃO TIVER CERTEZA DE ALGUMA RESPOSTA, DEIXE O ESPAÇO EM BRANCO. Se tiver alguma dúvida, pergunte ao assistente social do município.

**NÃO ESCREVA NOS ESPAÇOS SOMBREADOS**

1. Para quais programas deseja fazer ou refazer o requerimento?

- ( ) ASSISTÊNCIA TEMPORÁRIA PARA FAMÍLIAS NECESSITADAS (TANF) ( ) MEDICAID SOMENTE AFDC ( ) ASSISTÊNCIA GERAL  
 ( ) PROGRAMA NJ SNAP ( ) PROGRAMA DE REASSENTAMENTO DE REFUGIADOS  
 ( ) ASSISTÊNCIA EMERGENCIAL ( ) PROGRAMA DE SUBSÍDIO DE CUIDADOS POR PARENTES

Compreendo (compreendemos) que, como condição de elegibilidade do WFNJ, sou (somos) obrigado(s) a procurar emprego de forma contínua e activa num esforço de obter a auto-suficiência.

Compreendo (compreendemos) que, como condição de elegibilidade do WFNJ, sou (somos) obrigado(s) a fazer inscrição para trabalho junto ao New Jersey One Stop Career Center.

2. Está disposto(a) a trabalhar? [ ] SIM [ ] NÃO

3. Nome do requerente: \_\_\_\_\_  
(APELIDO) (NOME) (NOME DO MEIO) (APELIDO DE SOLTEIRO)

4. Endereço residencial: **O lugar onde mora de facto:** \_\_\_\_\_  
(NÚMERO E RUA OU ROTA RURAL) (CIDADE) (ESTADO) (CÓDIGO POSTAL)

Endereço onde a sua correspondência é enviada se diferente do seu endereço residencial acima.

\_\_\_\_\_ (CAIXA POSTAL, RUA OU ROTA RURAL) (CIDADE) (ESTADO) (CÓDIGO POSTAL)

Seu número de telefone: RESIDENCIAL ( ) \_\_\_\_\_ TRABALHO ( ) \_\_\_\_\_ TELEMÓVEL ( ) \_\_\_\_\_

5. Residência em New Jersey (NÃO APLICÁVEL PARA FINS DO NJ SNAP)

VERIFICAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Planeja continuar a viver em New Jersey? [ ] SIM [ ] NÃO

Em caso negativo, EXPLIQUE: \_\_\_\_\_

6. Você pode autorizar uma pessoa(s) de fora do seu agregado familiar a fazer o requerimento do subsídio de NJ SNAP ou de Assistência Geral ou usar os subsídios do NJ SNAP para comprar alimentos para você. Se estiver apto(a) a receber os subsídios do NJ SNAP, o indivíduo que designar receberá um cartão de EBT FAMILIES FIRST que ele ou ela poderá usar para comprar a sua alimentação. Se quiser designar uma pessoa, preencha as seguintes informações:

| Nome do representante autorizado | Data de Nascimento | Endereço | Número de Seguro Social(Opcional) | Telefone |
|----------------------------------|--------------------|----------|-----------------------------------|----------|
|                                  |                    |          |                                   |          |

**PERGUNTAS 7 e 8 ABAIXO - SOMENTE PARA REQUERENTES DO NJ SNAP**

7. Você tem o direito de entrar com um pedido de NJ SNAP imediatamente, providenciando o seu nome, endereço, assinatura e data da assinatura. Se for considerado apto(a), os seus subsídios serão pagos a partir desta data. (Se entrar com um pedido e fornecer todas as informações necessárias sobre as suas circunstâncias e for considerado elegível, pode obter os subsídios NJ SNAP no prazo de 30 dias a partir da data em que o departamento NJ SNAP receber o seu requerimento.)

8. Se tem renda e recursos muito baixos, talvez esteja apto a receber subsídios rápidos (no prazo de 7 dias. **AS SUAS RESPOSTAS ÀS PERGUNTAS A SEGUIR IRÃO DETERMINAR SE VOCÊ SE QUALIFICA PARA ESTE SERVIÇO:**

(a) A receita bruta mensal total do seu agregado familiar é menos de US \$150,00 e o total de recursos líquidos (como dinheiro em espécie ou conta corrente/poupança) do seu agregado familiar é de \$100,00 ou menos? [ ] SIM [ ] NÃO

(b) O aluguer mensal ou a hipoteca do seu agregado familiar mais os serviços de utilidade pública são superiores à renda bruta mensal total mais os recursos líquidos totais do seu agregado familiar? [ ] SIM [ ] NÃO

(c) O seu agregado familiar é um agregado familiar de migrantes ou de trabalhadores agrícolas sazonais com pouca ou nenhuma renda? [ ] SIM [ ] NÃO

**PARA USO INTERNO**

**ELEGIBILIDADE DE CATEGORIA:**

Todos na família recebem Assistência Pública (WFNJ) ou SSI (Renda do Seguro Social)? [ ] SIM [ ] NÃO

9. \_\_\_\_\_  
(ASSINATURA DA PESSOA EFECTUANDO O REQUERIMENTO) (DATA DA ASSINATURA)



| Nome:                          | Número de Seguro Social (Social Security) | Data de Nascimento | Parentesco com o requerente | Sexo (F) ou (M) | Raça/Etnia | Estrangeiro Legal e Status BCIS | Estado Civil | Escolaridade |                     |
|--------------------------------|---|--------------------|-----------------------------|-----------------|------------|---------------------------------|--------------|--------------|---------------------|
| <b>Outro Requerente</b>        |   |                    |                             |                 |            |                                 |              |              | PA<br>NJ SNAP<br>MA |
| Apelido                        |   |                    |                             |                 |            |                                 |              |              |                     |
| Nome (inicial do meio)         |   |                    |                             |                 |            |                                 |              |              |                     |
| <b>Apenas para uso interno</b> |   |                    |                             |                 |            |                                 |              |              |                     |
| <b>Outro Requerente</b>        |   |                    |                             |                 |            |                                 |              |              | PA<br>NJ SNAP<br>MA |
| Apelido                        |   |                    |                             |                 |            |                                 |              |              |                     |
| Nome (inicial do meio)         |   |                    |                             |                 |            |                                 |              |              |                     |
| <b>Apenas para uso interno</b> |   |                    |                             |                 |            |                                 |              |              |                     |
| <b>Outro Requerente</b>        |   |                    |                             |                 |            |                                 |              |              | PA<br>NJ SNAP<br>MA |
| Apelido                        |   |                    |                             |                 |            |                                 |              |              |                     |
| Nome (inicial do meio)         |   |                    |                             |                 |            |                                 |              |              |                     |
| <b>Apenas para uso interno</b> |   |                    |                             |                 |            |                                 |              |              |                     |
| <b>Outro Requerente</b>        |   |                    |                             |                 |            |                                 |              |              | PA<br>NJ SNAP<br>MA |
| Apelido                        |   |                    |                             |                 |            |                                 |              |              |                     |
| Nome (inicial do meio)         |   |                    |                             |                 |            |                                 |              |              |                     |
| <b>Apenas para uso interno</b> |   |                    |                             |                 |            |                                 |              |              |                     |

**11. Relacione os nomes dos estrangeiros/não-cidadãos do seu agregado familiar**

| NOME | DATA DE ENTRADA / PAÍS DE ORIGEM | Nº DO REGISTO | NOME DO PATROCINADOR / AGÊNCIA DE REASSENTAMENTO | ENDEREÇO DO PATROCINADOR/ AGÊNCIA DE REASSENTAMENTO | DATA DE REQUERIMENTO DE CIDADANIA | RENDA DO PATROCINADOR |
|------|----------------------------------|---------------|--|---|-----------------------------------|-----------------------|
|      |                                  |               |  |   |                                   |                       |
|      |                                  |               |  |   |                                   |                       |

**12. Relacione outras pessoas da casa não relacionadas acima (inclua inquilinos/pensionistas)**

| NOME | PARENTESCO COM O REQUERENTE |
|------|-----------------------------|
|      |                             |
|      |                             |
|      |                             |

**12a.** Indique uma pessoa como contacto de emergência (somente para casos de Assistência Geral) \_\_\_\_\_.

Nº de Telefone \_\_\_\_\_ Endereço \_\_\_\_\_.

**13.** Nome da Gestante \_\_\_\_\_ Data esperada do nascimento \_\_\_\_\_

Nome do médico \_\_\_\_\_ Endereço do médico \_\_\_\_\_

14. Qual é o principal idioma falado em sua casa? \_\_\_\_\_.

|  |                     |        |                         |
|--|---------------------|--------|-------------------------|
| 15. Você ou qualquer membro do agregado familiar do requerente recebe ou recebeu TANF em New Jersey ou em qualquer outro estado, território, ou Assistência Geral em New Jersey desde abril de 1997? |                     |        | [ ] Sim [ ] Não         |
| Indivíduo que recebe a assistência   | Tipo de assistência | Quando | Provedor de assistência |
|  |                     |        |                         |
|  |                     |        |                         |

|  |              |                 |
|--|--------------|-----------------|
| 16. Você ou qualquer membro do seu agregado familiar é fugitivo ou infringiu uma condição de liberdade condicional ou assistida imposta por um Tribunal Federal ou Estadual? |              | [ ] Sim [ ] Não |
| Fugitivo ou infrator   | Fugitivo por |                 |
|  |              |                 |
|  |              |                 |

|   |                       |        |                    |
|---|-----------------------|--------|--------------------|
| 17. Você ou qualquer membro do seu agregado familiar foi condenado de receber fraudulentamente subsídios justificados em dois ou mais lugares ao mesmo tempo? |                       |        | [ ] Sim [ ] Não    |
| Indivíduo condenado por fraude  | Onde ocorreu a fraude | Quando | Quais os subsídios |
|   |                       |        |                    |
|   |                       |        |                    |

|  |               |                      |                 |
|--|---------------|----------------------|-----------------|
| 18. Desde 22 de agosto de 1996, você ou qualquer membro do seu agregado familiar requerente cometeu e foi condenado por posse, uso ou distribuição de uma substância controlada, sendo assim uma ofensa sujeita a sanção penal? <b>Aplica-se somente a Assistência Geral</b> |               |                      | [ ] Sim [ ] Não |
| Indivíduo que cometeu o crime  | Tipo de crime | Onde ocorreu o crime |                 |
|  |               |                      |                 |
|  |               |                      |                 |

|  |                          |                    |
|--|--------------------------|--------------------|
| 19. Se foi condenado por um crime passível de sanção por posse ou uso de drogas, você se matriculou ou concluiu um programa de tratamento residencial de drogas licenciado ou aprovado pelo Departamento de Saúde e Serviços Sênior? |                          | [ ] Sim [ ] Não    |
| Indivíduo que recebe o tratamento  | Instalação de tratamento | Data do tratamento |
|  |                          |                    |
|  |                          |                    |

19. a. Caso não tenha se matriculado ou concluído um programa de tratamento residencial de drogas licenciado ou aprovado pelo Departamento de Saúde e Serviços Sênior, qual foi o motivo?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_.

20. Alguém do seu agregado familiar saiu voluntariamente do emprego?

Nos últimos 90 dias para WFNJ [ ] SIM [ ] NÃO Em caso afirmativo, Quem? \_\_\_\_\_.

Nos últimos 60 dias para NJ SNAP [ ] SIM [ ] NÃO Em caso afirmativo, Quem? \_\_\_\_\_.

Em caso afirmativo, Por quê? \_\_\_\_\_.

21. Alguém em sua casa está de greve? [ ] SIM [ ] NÃO Em caso afirmativo, Quem? \_\_\_\_\_.

22. Qual foi a última data de emprego? \_\_\_\_\_.

22a. O que tem feito desde o seu último emprego? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_.

**23.** Apenas para fins de WFNJ, relacione todos os empregos de cada pessoa fazendo o requerimento para assistência nos últimos 3 anos, começando com o mais recente.

| Nome | Nome do empregador | Endereço do empregador | Data de início | Data de término |
|------|--------------------|------------------------|----------------|-----------------|
|      |                    |                        |                |                 |
|      |                    |                        |                |                 |
|      |                    |                        |                |                 |
|      |                    |                        |                |                 |
|      |                    |                        |                |                 |
|      |                    |                        |                |                 |
|      |                    |                        |                |                 |

**24.** Algum membro do agregado familiar requerente espera qualquer mudança nas circunstâncias num futuro próximo, como uma mudança na renda; tamanho do agregado familiar; mudança de residência; custos com residência; ou a compra ou venda de um automóvel?

**SIM**  **NÃO** Em caso afirmativo, Quais mudanças: \_\_\_\_\_

**25. GANHOS DE RENDIMENTO:** Você ou alguém que vive com você obtém rendimento através de trabalho, cuidando de crianças, de seu próprio negócio, biscates, vendas, ou demais ganhos de rendimentos?  **SIM**  **NÃO** Em caso afirmativo, forneça as seguintes informações com relação a cada pessoa:

| APELIDO<br>NOME  |      |          |                             |
|--|------|----------|-----------------------------|
| HORAS SEMANAIS   |      |          |                             |
| FREQUÊNCIA DO PAGAMENTO  |      |          |                             |
| NOME DO EMPREGADOR E ENDEREÇO OU "AUTO" SE INDEPENDENTE                  |      |          |                             |
| REMUNERAÇÃO (ANTES DE QUAISQUER DEDUÇÕES PAGAS) DATAS E MONTANTES BRUTOS | DATA | MONTANTE | DATA MONTANTE DATA MONTANTE |
|  |      |          |                             |
|  |      |          |                             |
|  |      |          |                             |
|  |      |          |                             |

**26. CRECHE/CUIDADOS DE ADULTOS:** Alguém incluso na assistência social ou no NJ SNAP do seu agregado familiar pagou creche ou cuidados de adultos devido a ir ao trabalho, escola, ou sair à procura de trabalho?  **SIM**  **NÃO**  
Em caso afirmativo, quem recebeu os cuidados? (Relacione abaixo)

| NOME DA CRIANÇA/ADULTO | CUIDADOS PRESTADOS POR (PESSOA) | DIAS POR SEMANA | REMUNE RAÇÃO HORA | TOTAL DE DIAS | VALOR EFECTIVO PAGO POR QUEM |
|------------------------|---------------------------------|-----------------|-------------------|---------------|------------------------------|
|                        |                                 |                 |                   |               |                              |
|                        |                                 |                 |                   |               |                              |
|                        |                                 |                 |                   |               |                              |

**27. PENSÃO ALIMENTÍCIA:** Você está legalmente obrigado a pagar ou fornecer pensão alimentícia a uma criança fora do seu agregado familiar?  **SIM**  **NÃO** Em caso afirmativo, forneça as seguintes informações: (Inclua os pagamentos de pensão alimentícia em atraso, contanto que esteja legalmente obrigado a fazer os pagamentos).

| PARA QUEM | ENDEREÇO | IDADE DA CRIANÇA | MONTANTE PAGO/FORNECIDO POR MÊS | NÚMERO DA ORDEM JUDICIAL |
|-----------|----------|------------------|---------------------------------|--------------------------|
|           |          |                  |                                 |                          |
|           |          |                  |                                 |                          |

**28. SEGURO DE SAÚDE:** Quem está coberto pelo seguro de saúde? **SE NÃO HOUVER NINGUÉM, MARQUE ( ) AQUI.**

| APELIDO, NOME | SEGURADORA | NÚMERO DA APÓLICE | TOMADOR |
|---------------|------------|-------------------|---------|
|               |            |                   |         |
|               |            |                   |         |

**29.** Existe algum cônjuge ausente com cobertura médica ou seguro de saúde para você?  **SIM**  **NÃO** Em caso afirmativo, qual seguro? \_\_\_\_\_.

**30.** Existe algum pai/mãe ausente com cobertura médica ou seguro de saúde para qualquer uma das crianças requerentes?  **SIM**  **NÃO** Em caso afirmativo, qual seguro e para quem? \_\_\_\_\_.

**31.** Você ou os membros do seu agregado familiar fizeram um requerimento para outros programas do Medicaid? Em caso afirmativo, qual programa? \_\_\_\_\_ . Data do requerimento \_\_\_\_\_.

**32. OUTROS RENDIMENTOS:** Você ou alguém incluso na sua assistência social ou no NJ SNAP do seu agregado familiar (incluindo padrastos e madrastas) recebeu ou fez requerimento para qualquer um dos seguintes: **SIM** \_\_\_ **NÃO** \_\_\_ **(EM CASO AFIRMATIVO, MARQUE TODAS AS OPÇÕES APLICÁVEIS)**

|  |   |   |
|--|---|---|
| Seguro Desemprego  | Renda de aluguer de propriedade.  | Indenização por acidente de trabalho                          |
| Subsídios de Veterano  | Renda de inquilino(s) e/ou pensionistas   | Subsídios de sindicato/pensão                                 |
| Aposentadoria de Ferrovia/Segurança Social                       | Renda de Parentes, Amigos, Alojamento ou Sindicatos   | Pensão Alimentícia  |
| Renda de Segurança Suplementar (SSI)                             | Renda de reembolso de imposto ou crédito de imposto sobre rendimentos                       | Alocação de Partilha de um Militar                            |
| Pagamentos por Incapacidade                                      | Pagamentos de Guarda de Criança   | Assistência Geral   |
| Adoção Subsidiada  | Fundo Fiduciário  | Subsídio de Formação Profissional                             |
| Juros/Dividendos de Acções, Títulos, Contas Bancárias, etc.      | Pagamentos de Montante Fixo (de Subsídios Retroactivos, Montantes de Acções Judiciais, etc) | Empréstimos estudantis, Subvenções, Bolsas de Estudo          |
| Subsídios de Anuidade (Incluem os Dividendos de Seguros de Vida) | Ofertas, Ganhos e Rendimentos de Montante Fixo  | Apoio de Trabalho Suplementar                                 |
| Apoio de Permanência de Cuidados de Parentes DCP&P               | Programas de Subsídio de Tutela Legal DCP&P   | Outros Rendimentos, tais como abono de família (Especifique): |

Forneça as seguintes informações para os itens assinalados acima:

| Apelido, Nome | Fonte de renda | Datas de recebimento | Montante total |
|---------------|----------------|----------------------|----------------|
|               |                |                      |                |
|               |                |                      |                |

**VERIFICAÇÕES**

**33. RECURSOS: (Aplica-se a agregados familiares do NJ SNAP não elegíveis para a elegibilidade de categoria estendida).** Você ou alguém na sua residência possui dinheiro em espécie, contas correntes ou de poupança, ações, títulos, fundos mútuos, IRA's/Keogh, CDI, fundos de investimento, Títulos de Poupança dos EUA, contas poupança para a época natalícia/férias ou demais poupança clube, associação com Cooperativa de Crédito, numerário ou valores num cofre num banco em particular, notas ou contratos de valor, propriedade de hipotecas ou demais recursos?  **SIM**  **NÃO**

| Pessoa proprietária do recurso | Qual é o recurso? | Onde está o recurso? | Quanto vale o recurso? |
|--------------------------------|-------------------|----------------------|------------------------|
|                                |                   |                      |                        |
|                                |                   |                      |                        |
|                                |                   |                      |                        |

**VERIFICAÇÕES**

**34. Relacione todos os veículos de propriedade das pessoas do agregado familiar requerente. Inclua todos os tipos de transporte, tais como carros, furgões, caminhões, camionetes, reboques, rulotes, motos, barcos, etc. SE NÃO HOVER NENHUM, MARQUE ( ) AQUI.**

| Nome do proprietário | Modelo/estilo | Ano/marca | Uso | Valor no Kelley Bluebook |
|----------------------|---------------|-----------|-----|--------------------------|
|                      |               |           |     |                          |
|                      |               |           |     |                          |
|                      |               |           |     |                          |

**35. Você, ou alguém que vive consigo, possui qualquer terra ou imóvel em adição da casa em que vive?**  **SIM**  **NÃO**  
Em caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

| 36. Alguém negociou, doou, transferiu ou vendeu imóveis ou bens pessoais (incluindo ações): |           |            |                          |                        | <input type="checkbox"/> <b>SIM</b> <input type="checkbox"/> <b>NÃO</b> |  |
|---|-----------|------------|--------------------------|------------------------|---|--|
| Para fins de TANF e Assistência Geral nos últimos 12 meses?                                 |           |            |                          |                        | <input type="checkbox"/> <b>SIM</b> <input type="checkbox"/> <b>NÃO</b> |  |
| Para fins de NJ SNAP nos últimos 3 meses?   |           |            |                          |                        | <input type="checkbox"/> <b>SIM</b> <input type="checkbox"/> <b>NÃO</b> |  |
| O que foi vendido, doado, etc?  | Por quem? | Para quem? | Data da venda ou doação? | Valor total de mercado | Montante recebido   |  |
|   |           |            |                          |                        |   |  |
|   |           |            |                          |                        |   |  |
|   |           |            |                          |                        |   |  |

**37. Você, ou alguém incluído no seu agregado familiar requerente, tem qualquer pleito pendente tais como ações judiciais, divórcio, acordos, herança, sinistralidades, venda de propriedade, demais reivindicações, ou alguém deve dinheiro a você ou a eles?**  **SIM**  **NÃO**

Em caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

**DATA DE PREENCHIMENTO DO WFNJ - 10D** \_\_\_\_\_ . **(Não aplicável a clientes apenas de NJ SNAP)**

**38. Alguém do agregado familiar requerente tem: (Não aplicável a NJ SNAP)**

(a) posse parcial ou total de bens pessoais valiosos como jóias, colecções de moedas/selos, peles, etc.?  SIM  NÃO Em caso afirmativo, Explique \_\_\_\_\_.

(b) uma sepultura ou arranjo funeral?  SIM  NÃO Em caso afirmativo, VALOR \_\_\_\_\_.

WFNJ-1J (Rev. 10/14) Página 8 de 12

## **NJ SNAP E ASSISTÊNCIA GERAL**

**INFORMAÇÃO DE RESIDÊNCIA:** Para preencher se o agregado familiar estiver a requerer a participação no Programa NJ SNAP e/ou de Assistência Geral.

**39.** Alguém de fora do agregado familiar paga ou ajuda no pagamento de quaisquer despesas do mesmo?  SIM  NÃO  
Em caso afirmativo, preencha abaixo:

| TIPO DE DESPESA DA RESIDÊNCIA | PAGO A QUEM | PAGO POR | MONTANTE PAGO | PERIODICIDADE DA COBRANÇA |
|-------------------------------|-------------|----------|---------------|---------------------------|
|                               |             |          |               |                           |
|                               |             |          |               |                           |

**40. CUSTOS COM MORADIA** (Relacione as despesas do agregado familiar para o seguinte:)

| DESPESA DA RESIDÊNCIA   | MONTANTE PAGO | PERIODICIDADE COBRANÇA | DA    | APENAS PARA USO INTERNO   |
|---|---------------|------------------------|-------|---|
| Aluguer/Hipoteca  | \$            |                        |       | Se a usar HCSUA   |
| Impostos sobre a propriedade  | \$            |                        |       |   |
| Seguro da residência  | \$            |                        |       |   |
| SUBTOTAL DA MORADIA   |               |                        | \$    |   |
| Electricidade   | \$            |                        |       | HCSUA   |
| Gás   | \$            |                        |       |   |
| Óleo  | \$            |                        |       |   |
| Água  | \$            |                        |       |   |
| Saneamento  | \$            |                        |       |   |
| Remoção de lixo/entulho   | \$            |                        |       |   |
| Custo da instalação de serviços públicos  | \$            |                        |       |   |
| Outros (carvão, lenha, querosene)   | \$            |                        |       |   |
| SUBTOTAL DOS SERVIÇOS PÚBLICOS  |               |                        | \$ ou |   |
| 41A. Você paga por serviços públicos (separados do seu aluguer) para aquecer ou refrigerar a sua casa? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO  |               |                        |       |   |
| 41B. Se o seu agregado familiar é responsável pelo pagamento de serviços públicos além de água, saneamento e remoção de lixo, talvez o seu agregado familiar esteja apto a optar pelo recebimento do <b>subsídio de serviços públicos padrão ou de aquecimento.</b> |               |                        |       |   |
|   |               |                        |       | <b>MENSAL, TOTAL, MORADIA</b><br><b>OPÇÃO DE DATA SELECIONADA</b> |

## **42 DESPESAS MÉDICAS EXCEDENTES**

Tem algum membro do seu agregado familiar com 60 anos ou mais, e/ou certificado para Rendimento de Segurança Suplementar Federal (SSI), pagamentos de Veteranos ou Segurança Social de Invalidez?  SIM  NÃO Em caso afirmativo, preencha o seguinte. Em caso negativo, continue na Página 12. As despesas médicas podem incluir quantias que tenham sido facturadas, mesmo se não tiver de facto efectuado o pagamento da factura médica.

| Além das despesas médicas regulares, relacione outros serviços médicos dos quais tenha talvez feito uso. | Montante pago | Periodicidade da cobrança | Total mensal | APENAS PARA USO INTERNO                                |
|--|---------------|---------------------------|--------------|--|
| Serviços médicos e odontológicos   | \$            |                           | \$           | VERIFIQUE O RECEBIMENTO DO SSI<br><br>PARTILHA FEDERAL |
| Hospital ou cuidados de enfermagem   | \$            |                           | \$           |  |
| Medicamentos prescritos por um médico  | \$            |                           | \$           |  |
| Dentaduras, aparelhos auditivos e óculos   | \$            |                           | \$           |  |
| Custos de transporte para obter cuidados médicos   | \$            |                           | \$           |  |
| Serviços de um assistente ou enfermeira  | \$            |                           | \$           |  |
| Outro (explique)   | \$            |                           | \$           |  |



|      |   |  |       |                                   |
|------|---|--|-------|-----------------------------------|
|      |   |  | \$    | SSA e SSI listados na<br>Página 6 |
| 42A. | Relacione os nomes dos membros do agregado familiar que têm estas despesas: |  | TOTAL |                                   |

WFNJ-1J (Rev. 10/14) Página 9 de 12

42B. Qualquer uma das despesas médicas que você relacionou acima são pagas, parcialmente pagas ou reembolsadas por outra fonte de fora do seu agregado familiar, tais como seguro médico, Medicare, PAAD ou outro indivíduo?  
 SIM  NÃO Em caso afirmativo, qual(is) despesa(s) é(são) paga(s)? Quanto pagam?

---



---



---

**APENAS PARA USO INTERNO**

REGISTO DE TRABALHO WORK FIRST NEW JERSEY E/OU NJ SNAP

| NOMES (TODOS ACIMA DE 16) | CÓDIGO DE WFNJ ISENTO | OBRIGATÓRIO DATA DE WFNJ | DATA DE WFNJ VOLUNTÁRIA | DATA DE REFERÊNCIA | CÓDIGO DE ISENÇÃO DE TRABALHO DO NJSNAP | DATA DO REG. |
|---------------------------|-----------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------|---|--------------|
|                           |                       |                          |                         |                    |   |              |
|                           |                       |                          |                         |                    |   |              |
|                           |                       |                          |                         |                    |   |              |
|                           |                       |                          |                         |                    |   |              |

**43. FAMILIARES LEGALMENTE RESPONSÁVEIS. (ISSO É APLICÁVEL APENAS A FINS DE MEDICAID).**

**Indique o nome do seu cônjuge, se NÃO viver na sua residência. Indique o(s) nome(s) de quaisquer crianças com idade inferior a 55 anos para as quais NÃO foi requerida assistência. Se tiver menos de 18 anos de idade, indique o nome dos seus pais.**

| NOME | ENDEREÇO | PARENTESCO | IDADE |
|------|----------|------------|-------|
|      |          |            |       |
|      |          |            |       |
|      |          |            |       |

**44. ASSISTÊNCIA DE ENERGIA EM CASA**

A sua resposta para a pergunta a seguir será usada para determinar a elegibilidade para subsídios de Assistência de Energia em Casa (Home Energy Assistance - HEA) e o montante dos mesmos. Através da lista seguinte, indique que item melhor descreve a sua situação de vida/aquecimento.

- ( ) Serviço de aquecimento pago por outros. **(A)** CÓDIGO HEA: \_\_\_\_\_
- ( ) Serviço de aquecimento fornecido por uma autoridade de habitação pública ou recebo um subsídio de aluguer, e o serviço está incluído no montante do aluguer. **(C)**
- ( ) Pago apenas por uma fonte secundária de aquecimento (como fogão a lenha, aquecedor a querosene, aquecedor eléctrico, etc). **(E)**
- ( ) Partilho o custo do aquecimento com outros. **(F)**
- ( ) Aquecimento incluído no aluguer, do qual não recebo subsídio. **(G)**
- ( ) Pago uma taxa separada ao meu senhorio para obter um serviço de aquecimento. **(W)**

Pago directamente ao meu fornecedor de combustível por uma fonte primária de aquecimento na minha casa ou apartamento. A minha fonte de aquecimento é:

( ) óleo combustível (J)

( ) querosene (M)

( ) lenha (R)

( ) electricidade (K)

( ) gás natural (N)

( ) botija de gás (L)

( ) carvão (P)

( ) Não desejo receber subsídios HEA. (T)

WFNJ-1J (Rev. 10/14) Página 10 de 12

#### AVISO IMPORTANTE

AS INFORMAÇÕES PRESTADAS NO PRESENTE FORMULÁRIO SERÃO OBJECTO DE VERIFICAÇÃO POR FUNCIONÁRIOS FEDERAIS, ESTADUAIS E/OU MUNICIPAIS. SE ALGO ENCONTRAR-SE INCORRECTO, OS SEUS SUBSÍDIOS DE NJ SNAP PODERÃO SER NEGADOS E/OU VOCÊ ESTARÁ SUJEITO A INSTAURAÇÃO DE PROCESSO CRIMINAL POR FORNECER INFORMAÇÕES FALSAS DE FORMA INTENCIONAL.

Para dar cumprimento à 45 CFR 206.10(a)(iii) e à 7 CFR 273.2(b), estamos a notificá-lo de que essas informações de renda e elegibilidade para BCIS, agências de pensão alimentícia estaduais e locais, arquivos de salário e subsídio de Segurança Social, e arquivos de Salário do Estado e Desemprego serão obtidos através do seu Número de Seguro Social (Social Security) e serão usados na determinação da sua elegibilidade contínua. Isso pode incluir entrarmos em contacto com o seu empregador, banco ou demais terceiro.

AS SANÇÕES PREVISTAS ABAIXO SE APLICAM AO SEGUINTE:

QUALQUER BENEFICIÁRIO DE NJ SNAP QUE VIOLAR INTENCIONALMENTE QUALQUER UMA DAS REGRAS RELACIONADAS NO REQUERIMENTO; OU

QUALQUER PESSOA QUE REQUERER OU RECEBER SUBSÍDIOS DE NJ SNAP, CUJOS QUAIS NÃO TÊM DIREITO POR TER INTENCIONALMENTE:

FEITO UMA DECLARAÇÃO ENGANOSA OU FALSA.

OCULTADO OU OMITIDO FATOS.

- COMETIDO QUALQUER ACTO QUE CONSTITUI UMA VIOLAÇÃO DA LEI DE ASSISTÊNCIA ALIMENTAR, DOS REGULAMENTOS DO PROGRAMA NJ SNAP OU QUALQUER LEI ESTADUAL, RELACIONADOS AO USO, APRESENTAÇÃO, TRANSFERÊNCIA, AQUISIÇÃO, RECEBIMENTO OU POSSE DE SUBSÍDIOS DE NJ SNAP OU DISPOSITIVOS DE ACESSO (TAIS COMO OS CARTÕES EBT DO FAMILIES FIRST).

#### PENALIDADES

AS PENALIDADES PELA VIOLAÇÃO INTENCIONAL DAS REGRAS DO SNAP INCLUEM DESQUALIFICAÇÃO DE PARTICIPAR DO SNAP PELOS SEGUINTE PERÍODOS

- 12 MESES para a primeira violação;
- 24 MESES para a segunda violação, OU a primeira condenação em Tribunal devido a negociação de subsídios SNAP em troca de substância controlada;
- 10 ANOS por mentir ou deturpar informações sobre a identidade ou a residência de um indivíduo para receber múltiplos subsídios SNAP ao mesmo tempo;
- PERMANENTEMENTE para a terceira violação, ou uma segunda condenação em Tribunal devido a negociação de subsídios SNAP em troca de substância controlada, OU uma condenação em Tribunal pela venda/troca de subsídios SNAP de US\$500 ou mais, OU uma condenação em Tribunal devido a negociação de subsídios SNAP em troca de armas de fogo, munição ou explosivos.

\* UMA SUSPENSÃO ADICIONAL DE 18 MESES (CONSECUTIVA PARA ESTE PERÍODO) PODERÁ SER IMPOSTA PELO TRIBUNAL PARA QUALQUER PESSOA CONDENADA DE CRIME OU CONTRAVENÇÃO.

O INFRATOR PODERÁ SER MULTADO EM ATÉ US \$250.000, TER PENA DE RECLUSÃO DE ATÉ 20 ANOS, OU AMBAS, E FICARÁ SUJEITO A INSTAURAÇÃO DE PROCESSO NO ÂMBITO DAS DEMAIS LEIS FEDERAIS EM VIGOR.

ADEMAIS, OS DEMAIS MEMBROS DO AGREGADO FAMILIAR FICARÃO OBRIGADOS A REEMBOLSAR QUAISQUER SUBSÍDIOS DE NJ SNAP QUE O AGREGADO FAMILIAR RECEBEU SEM TER TAL DIREITO.

LEI PÚBLICA 103-66 E 104-193 SANÇÕES ESTABELECIDAS PARA OS INDIVÍDUOS JULGADOS CULPADOS EM UM TRIBUNAL FEDERAL, ESTADUAL OU MUNICIPAL:

1) COMERCIALIZAR OS SUBSÍDIOS DE NJ SNAP POR ARMAS DE FOGO, MUNIÇÃO, EXPLOSIVOS OU SUBSTÂNCIAS CONTROLADAS; OU

2) USAR, TRANSFERIR, ADQUIRIR OU POSSUIR SUBSÍDIOS DE NJ SNAP, ATRAVÉS DO USO DOS CARTÕES EBT FAMILIES FIRST, OU APRESENTAR OS

#### AVISO DE PENALIDADE

NÃO forneça informações falsas, nem oculte informações, a fim de solicitar ou receber ou continuar a receber os subsídios de NJ SNAP.

NÃO ceda ou venda os subsídios ou o acesso ao NJ SNAP através do uso dos cartões EBT Families First a qualquer indivíduo que não esteja autorizado a usá-los para o seu agregado familiar.

NÃO use quaisquer subsídios NJ SNAP para comprar itens não elegíveis, tais como bebidas alcoólicas e cigarros, ou para pagar alimentos que foram comprados a crédito.

NÃO use quaisquer subsídios NJ SNAP que o seu agregado familiar não teve direito a receber.

NÃO engane nem participe de qualquer acto desonesto para obter os subsídios NJ SNAP que o seu agregado familiar não tem direito a receber.

NÃO transfira recursos para um membro que não pertence ao seu agregado familiar para requerer e receber subsídios NJ SNAP.

Eu compreendo as perguntas neste requerimento. As minhas respostas são correctas e completas salvo melhor crença e juízo. Eu compreendo que devo ser entrevistado e que devo cooperar com o escritório de NJ SNAP. Eu compreendo o aviso de penalidade. Eu compreendo que talvez necessite providenciar documentos para provar o que eu afirmei. Concordo em fazer isso. Caso documentos não estejam disponíveis, concordo em dar o nome de uma pessoa ou organização que o escritório de NJ SNAP pode contactar para obter as provas necessárias. Eu compreendo que se não declarei quaisquer ganhos de rendimento, devo então declarar qualquer alteração nos rendimentos não ganhos acima de US \$50,00, ou o recebimento de ganhos de rendimento, dentro de 10 dias a contar da data do meu primeiro salário. Eu compreendo que se eu não tiver nenhum ganho de rendimento, devo declarar todas as alterações na composição do agregado familiar (incluindo status de estudante), alterações na residência e a alteração resultante de custos da residência, alterações da minha obrigação legal de pagar ou fornecer pensão alimentícia, uma alteração do montante da pensão alimentícia que forneço se eu tiver um registo de pagamento desta inferior a 3 meses e a alteração for superior a US \$50,00, a compra de um veículo ou um aumento dos recursos do meu agregado familiar (conta corrente e poupança, dinheiro disponível, acções ou pagamentos de montante fixo, qualquer dinheiro em espécie decorrente da venda ou troca de um veículo) se atingirem ou excederem o meu limite máximo de recursos. Eu compreendo que se declarei ganhos de rendimento, ou se estiver declarando pelos últimos seis meses, somente fico obrigado a declarar uma alteração da minha renda total mensal que for superior a 130 por cento do limite do nível de pobreza federal. O meu assistente social providenciará um aviso de tal limite para mim. Eu também compreendo que talvez eu venha a solicitar uma audiência equitativa da decisão tomada sobre o meu pedido de subsídios NJ SNAP. Se precisar de mais informações sobre os subsídios NJ SNAP, posso contactar o escritório de NJ SNAP do município.

Eu compreendo que poderei, ou o meu representante poderá, solicitar uma audiência equitativa, seja oralmente ou por escrito, se eu não concordar com qualquer acção tomada sobre o meu processo. O meu processo poderá ser apresentado na audiência por qualquer pessoa de minha escolha.

#### PARTICIPANTES DE TREINAMENTO E EMPREGO OBRIGATÓRIO DO NJ SNAP

Determinados membros do agregado familiar do NJ SNAP, a menos que especificamente isentados, são obrigados a se inscrever e participar das actividades de Treinamento e Emprego. Os inscritos de forma obrigatória que não cumprirem os requisitos laborais estarão sujeitos às seguintes penalidades:

- 1) A 1ª violação resulta em uma desqualificação mínima de 1 mês;
- 2) A 2ª violação resulta em uma desqualificação mínima de 3 meses;
- 3) A 3ª violação, assim como as subsequentes, resulta em uma desqualificação mínima de 6 meses.

#### CIDADANIA AMERICANA/STATUS LEGAL DE ESTRANGEIRO

(PARA OS PROPÓSITOS DO WFNJ, MEDICAID E DO PROGRAMA NJ SNAP)

Para cada pessoa que não seja cidadã americana, você terá que apresentar ao escritório da agência de assistência social do município a documentação do Departamento de Cidadania e Serviço de Imigração (BCIS) ou outros documentos que a agência estadual determinar como prova do seu status imigratório. O status do estrangeiro poderá ser objecto de verificação junto ao BCIS o qual exigirá a apresentação de determinadas informações deste formulário de requerimento para o

**SUBSÍDIOS DE NJ SNAP PARA PAGAMENTO SABENDO QUE OS MESMOS FORAM OBTIDOS OU TRANSFERIDOS DE FORMA FRAUDULENTE, CASO O VALOR SEJA IGUAL OU SUPERIOR A US \$500.**

**BCIS. As informações recebidas do BCIS poderão afectar a elegibilidade do seu agregado familiar e o nível dos subsídios. Você deve atestar que cada membro do agregado é um cidadão dos EUA ou que vive nos Estados Unidos em um status de imigração legal.**

**ANTES DE ASSINAR, LEIA AS DECLARAÇÕES ABAIXO. SE NÃO COMPREENDER  
OU TIVER ALGUMA DÚVIDA, POR FAVOR, PERGUNTE.**

- ❖ Concordo (Concordamos) que as declarações que fiz (fizemos) neste formulário são verdadeiras e completas salvo o meu (nosso) melhor juízo. Sei (Sabemos) que mentir sobre a minha (nossa) situação, deixar de prover as informações necessárias ou fazer com que terceiros omitam informações vai de encontro à lei e pode sujeitar-me (nos) a instauração de processo.
- ❖ Compreendo (Compreendemos) que qualquer informação que providenciarmos (providenciarmos) ficará sujeita à verificação por parte da Agência Municipal de Assistência Social, e/ou a Divisão de Desenvolvimento da Família e/ou a Divisão de Assistência Médica e Serviços de Saúde.
- ❖ Autorizo (autorizamos) a Agência Municipal de Assistência Social, a Divisão de Desenvolvimento da Família e/ou a Divisão de Assistência Médica e Serviços de Saúde a contactar qualquer indivíduo ou demais fonte que tenha conhecimento sobre as minhas (nossas) circunstâncias (inclusive a Receita Federal dos EUA, as agências estaduais e municipais de pensão alimentícia, os arquivos de salário e subsídios de Segurança Social, os arquivos de Salário Estadual e Desemprego, os serviços de protecção ao crédito, assim como empregadores, bancos ou terceiros) com o único propósito de verificar as declarações que fiz (fizemos). Compreendo (compreendemos) que quaisquer rendimentos e informações de elegibilidade obtidas serão usados para determinar a minha (nossa) elegibilidade contínua.
- ❖ Compreendo (compreendemos) que, em conformidade com a Lei Pública de 1997 c.13, c.14, c.37 e c.38, o pedido de assistência pública incluirá todos os futuros membros da unidade orçamentária necessários a serem incluídos, seja por nascimento, adoção, ou devido a começar a viver na unidade orçamentária, após a data do pedido inicial.
- ❖ Sei (sabemos) sabe que qualquer informação minha (nossa) fornecida será usada em conexão com o meu (nosso) pedido de assistência pública (incluindo Medicaid), subsídios do NJ SNAP, subsídios de assistência de energia em casa, subsídios do Fundo de Serviço Universal e demais subsídios aos quais talvez tenha (tenhamos) elegibilidade.
- ❖ Compreendo (compreendemos) que se este requerimento for aceite para a categoria WFNJ, eu (nós) e todos os membros do meu (nosso) agregado familiar estamos matriculados no New Jersey One Stop Career Center e talvez sejamos obrigados a participar actividades de educação, formação, avaliação profissional e procura de emprego.
- ❖ Compreendo (compreendemos) que todos os pagamentos de assistência de energia em casa estarão sujeitos a disponibilidade dos fundos federais.
- ❖ Compreendo (compreendemos) que todos os pagamentos de assistência de energia em casa serão para uso com a aquisição de energia para aquecimento/refrigeração.
- ❖ Recebi (recebemos) informações sobre meus (nossos) direitos e responsabilidades e, se necessário, tais foram explicadas. (Consulte o manual do WFNJ).
- ❖ Concordo (concordamos) em comunicar a Agência Municipal de Assistência Social imediatamente de qualquer alteração nas condições de vida, situação familiar ou sobre o dinheiro recebido (excepto ganhos de rendimento sujeitos aos requisitos de declaração de seis meses) de qualquer origem, quando aplicável. (Consulte o manual do WFNJ).
- ❖ Compreendo (compreendemos) que eu (nós) ou o meu (nosso) representante poderá solicitar uma audiência equitativa, seja oralmente ou por escrito, se eu (nós) não estiver (estivermos) satisfeito(s) com qualquer acção tomada pela Agência Municipal de Assistência Social. O meu (nosso) processo poderá ser apresentado na audiência por qualquer pessoa de minha (nossa) escolha.
- ❖ Compreendo (compreendemos) que após assinar este requerimento somente para fins do WFNJ e Medicaid, cedo (cedemos) à Agência Municipal de Assistência Social qualquer direito de suporte, incluindo qualquer atraso que tenha sido acumulado, de qualquer outra pessoa para mim mesmo ou qualquer outro membro da família para o qual estou (estamos) fazendo o requerimento ou recebendo o auxílio.
- ❖ Compreendo (compreendemos) que como condição de elegibilidade para a assistência médica, considera-se que cedi (cedemos) ao senhor Comissário quaisquer direitos de suporte para fins de assistência médica, conforme determinação de um tribunal ou norma administrativa e quaisquer direitos ao pagamento por cuidados médicos a qualquer terceiro.

\*Em conformidade com a legislação Federal e com o Departamento de Agricultura dos EUA (USDA) e a política do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA (HHS), esta instituição fica proibida de discriminar com base em raça, cor, nacionalidade, sexo, idade ou deficiência. No âmbito da Lei de Assistência Alimentar e da política do USDA, discriminação é também proibida com base em identidade de género, religião, represália, estado civil, familiar ou de parentesco, orientação sexual, recebimento de renda de assistência pública, informações genéticas ou convicções políticas. Os formulários de queixa de discriminação podem ser encontrados on-line no sítio [www.ascr.usda.gov/complain\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complain_filing_cust.html), em qualquer escritório do USDA, ou pelo telefone (866) 632-9992. Os indivíduos surdos, com dificuldades de audição ou com deficiência na fala podem contactar o USDA através do serviço de federal de retransmissão pelo telefone (800) 877-8339; ou (800) 845-6136 (espanhol). Também pode-se enviar uma carta com todas as informações solicitadas no formulário. Os formulários ou cartas de reclamação preenchidos podem ser enviados por escrito para:

HHS, Director  
Office for Civil Rights, Room 515-F  
200 Independence Avenue, S.W.  
Washington, D.C. 20201  
Voz (202) 619-0403 / TTY (800) (202) 537-7697

OU

US Department of Agriculture  
Director, Office of Adjudication  
1400 Independence Ave. SW  
Washington, D.C. 20250- 9410  
Fax 690-7447  
[program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

OU

Office of the Director  
Division of Family Development  
New Jersey Department of Human Services  
P.O. Box 716  
Trenton, New Jersey 08625

**PREENCHA ANTES DE  
ASSINAR**

Li (lemos) o Aviso Importante na Página 10 deste formulário que se refere aos avisos de penalidade sobre o NJ SNAP e Cidadania/Status de Estrangeiro Legal. ( ) SIM ( ) NÃO

- ❖ Atesto (atestamos) que li (lemos) e concordo (concordamos) com estas declarações e tenho (temos) plena noção de que a Agência de Assistência Social depende da veracidade e exatidão das minhas (nossas) declarações.
- ❖ Certifico (certificamos), sob pena de falso testemunho, através da assinatura do meu (nosso) nome abaixo, que eu (nós) e todos os membros do agregado familiar para os quais estou (estamos) fazendo o requerimento para os subsídios do NJ SNAP são cidadãos americanos ou estrangeiros em status de imigração legal.
- ❖ Certifico (certificamos), sob pena de falso testemunho que as minhas (nossas) respostas a respeito do requerimento para o programa NJ SNAP e/ou o programa WFNJ são correctas e completas, salvo o meu (nosso) melhor juízo.
- ❖ Recebi (recebemos) uma orientação quanto às exigências de trabalho do WFNJ do representante da agência, se for o caso.

ASSINADO E JURAMENTADO PERANTE A MINHA PESSOA

Assinatura do Requerente \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Neste dia \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_

Assinatura do Co-Requerente \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Representante da Agência)

## **AVISO IMPORTANTE ISENÇÃO DE DEDUÇÃO DE RENDA NJ SNAP**

**SE NÃO DECLARAR OU VERIFICAR SOBRE AS SEGUINTE DESPESAS PAGAS POR SI OU POR QUALQUER OUTRO MEMBRO DO SEU AGREGADO FAMILIAR, SIGNIFICARÁ QUE NÃO DESEJA RECEBER UMA DEDUÇÃO DE RENDIMENTO POR ESSAS DESPESAS NÃO DECLARADAS.**

- **DESPESAS DE CUIDADOS DE DEPENDENTES, SE ESTIVER A PAGAR POR CUIDADOS DE UMA CRIANÇA OU OUTRO DEPENDENTE PARA QUE UM MEMBRO DO AGREGADO FAMILIAR POSSA TRABALHAR, PROCURAR EMPREGO, OU FREQUENTAR AULAS DE FORMAÇÃO OU EDUCAÇÃO PARA SE PREPARAR PARA UM EMPREGO;**
- **DESPESAS MÉDICAS NÃO REEMBOLSADAS, INCLUÍDO MEDICAÇÃO PRESCRITA, SEGURO DE HOSPITALIZAÇÃO OU DE SAÚDE, ÓCULOS OU PRESTAÇÃO DE CUIDADOS;**
- **PAGAMENTO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA PAGA POR UM MEMBRO DO AGREGADO FAMILIAR SOB OBRIGAÇÃO LEGAL, INCLUÍDO PAGAMENTOS EM ATRASO; OU**
- **DESPESAS DE HABITAÇÃO, TAIS COMO ALUGUER, SERVIÇOS (INCLUÍDO CUSTOS DE INSTALAÇÃO), IMPOSTOS DE PROPRIEDADE, SEGUROS DE PROPRIETÁRIO E CUSTOS DE REPARAÇÃO DA SUA CASA DEVIDO A UM DESASTRE NATURAL**

MESMO SE NÃO NOS INFORMAR (OU VERIFICAR) QUE TEM UMA DESTAS DESPESAS AO REQUERER O NJ SNAP, PODE AINDA RECEBER POSTERIORMENTE UMA DEDUÇÃO DE RENDIMENTO SE DECLARAR (OU VERIFICAR) QUE ESTÁ A PAGAR UMA DESTAS DESPESAS. A DEDUÇÃO NÃO SERÁ RETROACTIVA PARA OS MESES NÃO DECLARADOS.

**ASSINATURA DO REPRESENTANTE DO AGREGADO FAMILIAR \_\_\_\_\_**

**DATA DE HOJE \_ \_\_\_\_\_**