

**O Departamento de Serviços Sociais da Carolina do Sul  
AVISO DE VENCIMENTO**

Os benefícios seu Programa de nutrição Suplementar (SNAP) e / ou de Independência Familiar (FI) expiram em

Para receber SNAP e / ou FI sem interrupção, você deve preencher e enviar este formulário, juntamente com todas as provas de informação no envelope fechado e auto-endereçado ou levar para o seu escritório DSS local assim que possível, mas deve ser recebido  pela

	DATE RECEIVED – OFFICE ONLY	<b>Se precisar de ajuda com este formulário, ligue:</b>	CO. NO.	CASE NAME
				CASE NUMBER
				SNAP/FI CERT. THRU DATE

Certifico que as seguintes perguntas foram respondidas de forma verdadeira e completamente sob pena de perjúrio. Eu entendo que a informação dada neste formulário pode modificar ou tirar benefícios de FI. Eu dou permissão para o Departamento de Serviços Sociais para fazer os contactos necessários para verificar as minhas declarações.

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

1. Diga-nos onde você vive e como você pode ser contactado:

Sobrenome:	Nome:	MI:	Telefone dia:		
Endereço/Rua: (Incluir Apt.)	Cidade:	Estado:	CEP:	País:	
Endereço para Correspondência: (Se diferente, Incluir Apt)	Cidade:	Estado:	CEP:	País:	

2. Diga-nos quem vive com você. Liste na primeira linha. Círcule NÃO na última coluna para os não-cidadãos que você não deseja entrar em contato com a agência INS para verificar a sua / seu status de imigração. (Utilize outra folha de papel para adicionar outras pessoas se não houver espaço suficiente para todos aqui.)

Nome (Primeiro, meio, sobrenome) Os nomes das listas que aparecem no cartão de segurança social da pessoa.	Relacionam ento com a pessoa na linha 1	Data De Nascimento	Ida- de	Se- xo M/F	Há Al- guém espa- no?	* Código de raça (escolha um ou mais)	Número de Seguro Social ou Data de SS-5	Cego Ou in- válido	Cida- dania ame- ri- cana	Estu- dante	Traba- lhador	Incluir no Or- çamento
1.	(Próprio)				Sim Não			Sim Não	Sim Não	Sim Não	Sim Não	Sim Não
2.					Sim Não			Sim Não	Sim Não	Sim Não	Sim Não	Sim Não
3.					Sim Não			Sim Não	Sim Não	Yes No	Sim Não	Sim Não
4.					Sim Não			Sim Não	Sim Não	Yes No	Sim Não	Sim Não
5.					Sim Não			Sim Não	Sim Não	Sim Não	Sim Não	Sim Não
6.					Sim Não			Sim Não	Sim Não	Sim Não	Sim Não	Sim Não
7.					Sim Não			Sim Não	Sim Não	Sim Não	Sim Não	Sim Não

(A coleção de informações étnica e racial do requerente não é obrigatório, no entanto, é importante para efeitos de determinação do cumprimento do Estado com as leis federais de direitos civis) \* Etnia: BL - preto ou Africano americano; WH - Branco; AS - asiática; AI - dos índios americanos / nativos do Alasca; NH - Nativo do Haváii ou outras ilhas do Pacífico

Você vive em um centro de tratamento para drogas e álcool reabilitação ou instalação (DAA)?  Sim  Não  
Se sim, Nome: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Você vive em um lar para pessoas cegas ou com deficiência?  Sim  Não  
Se sim, Nome: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

3. Apenas para FI, há alguma nova informação que você precisa relatar sobre o pai ausente (s)?  Sim  Não  
Se sim, por favor anexe outra folha de papel com informações adicionais, incluindo nome (s) do pai ausente.

4. Alguém possui quaisquer carros, caminhões, outros propriedades ou terrenos / prédios diferentes de onde você mora?  
 Sim  Não Se sim, para FI, o que é o valor? \$ \_\_\_\_\_

5. Quanto que a família tem em dinheiro de \$ \_\_\_\_\_ Conta corrente \$, \_\_\_\_\_ e / ou conta de poupança (s) \$ \_\_\_\_\_? Para FI, favor fornecer o extrato da conta mais recente.

6. Você ou qualquer um que vive com você é um criminoso em fuga ou de liberdade condicional / violador de parole?  
 Sim  Não If yes, name(s): \_\_\_\_\_

Você ou alguém que vive com você foi considerado culpado de cometer uma das seguintes infracções após 22 de agosto de 1996

- um crime relacionado a drogas?  Sim  Não Se sim, nome (s): \_\_\_\_\_
- receber TANF (prestações pecuniárias) ou benefícios SNAP em dois ou mais estados ao mesmo tempo?  Sim  Não Se sim, nome (s): \_\_\_\_\_
- troga de benefícios do SNAP por drogas?  Sim  Não Se sim, nome (s): \_\_\_\_\_
- compra ou venda benefícios do SNAP no valor de mais de US \$ 500?  Sim  Não Se sim, nome (s): \_\_\_\_\_
- troga de benefícios do SNAP por armas, munições ou explosivos?  Sim  Não Se sim, nome (s): \_\_\_\_\_

7. **Você ou alguém que vive com você tem emprego?**  Sim  Não **If Se sim, envie todos os contrachecks /comprovante de renda recebidos nas últimas 4 semanas.** Se você apenas começou a trabalhar e ainda não recebeu uma contracheck, ou se você não tem todos os comprovantes, peça a pessoa/empresa que lhe paga para completar esta seção. Se foi despedido, por favor indique a razão do término do emprego: \_\_\_\_\_

Data de Verificação Final: \_\_\_\_\_ Valor Bruto de Verificação final: \_\_\_\_\_

Para FI Only: Se o seu trabalho foi encerrado, você já aplicado para o desemprego?  Sim  Não

A Nome da Pessoa Empregada:						B Nome da Pessoa Empregada:							
Nome e endereço da empresa:						Nome e endereço da empresa:							
Número de telephone do trabalho:			Número de Fax do trabalho:			Número de telephone do trabalho:			Número de Fax do trabalho:				
	DIA DE PAGAMENTO			PAGAMENTO BRUTO	GORGETAS	TOTAL DE HORAS		DIA DE PAGAMENTO			PAGAMENTO BRUTO	GORGETAS	TOTAL DE HORAS
	ME	DIA	ANO					ME	DIA	ANO			
1.							1.						
2.							2.						
3.							3.						
4.							4.						

Assinatura da pessoa que te paga: \_\_\_\_\_ Número de telefone: \_\_\_\_\_  
 Nome por extenso: \_\_\_\_\_

Assinatura da pessoa que te paga: \_\_\_\_\_ Número de telefone: \_\_\_\_\_  
 Nome por extenso: \_\_\_\_\_

8. Você ou alguém que vive com você recebe dinheiro que não seja de trabalho?  Sim  Não

OUTRA FONTE DE RENDA	QUANTIA	QUÃO FREQUENTEMENTE VOCÊ RECEBE ESSA QUANTIA?	QUE MEMBROS DA FAMÍLIA RECEBEM ESSA QUANTIA?
Pensão de filhos (Voluntary or Court Ordered)	\$		
SSI	\$		
Benefícios de Social Security	\$		
Benefícios de desemprego	\$		
Benefícios de vetereno	\$		
Outro: (Explique)	\$		

9. Você ou qualquer pessoa que vive com você paga por qualquer uma dessas despesas?  Sim  Não  
 Se sim, e você quer reivindicar uma dedução para a despesa (s), preencha os dados abaixo e envie o comprovante da despesa (s).

ITEM	QUEM PAGA?	QUANTIA	ITEM	QUEM PAGA?	QUANTIA
Aluguel		\$	Hipoteca/2nd hipoteca		\$
Nome do Proprietário:			Pagamento de terra		\$
Telefone do Proprietário:			Impostos / avaliações que não estão incluídas no aluguel. Incluído Em Casa Pagamentos		\$
Aluguel do terreno/lote De uma casa móvel		\$	Seguro dos bens da casa que não estão incluídos no aluguel		\$

Você paga para aquecer ou arrefecer a sua casa?  Sim  Não

Se sim, como você aquecer ou esfriar a sua casa? \_\_\_\_\_

Algun agregado familiar receberá LIHEAP (Programa de Assistência Início Energia de Baixa Renda)?  Sim  Não

10. Alguma pessoa paga pelo cuidado da criança, ou paga pelos cuidados de um membro adulto da família deficiente?

Yes  No Enviar todas as faturas e / ou recibos de e preencha as informações abaixo para esse mês: \_\_\_\_\_

Quem necessita de uma creche/baba?:	Quem paga a creche?:
Nome da creche ou baba:	
Custo:	Frequência?:
Se não tiver todos os recibos, peça a creche ou pessoa que complete essa seção:	
Baba/creche's Assinatura:	Telefone da creche/baba:
Você recebe um coprovante de SC? (Anteriormente ABC Comprovante de cuidados a menor) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

11. Para qualquer pessoa com 60 anos ou mais, ou que está a recebendo benefícios por incapacidade/deficiência, enviar o comprovante de novas despesas médicas (ocorridos desde a sua última application / avaliação). Teve em suas despesas correntes (como medicamentos prescritos) uma mudança de mais de US \$ 25?  
 Sim  Não Se sim, envie a prova.

12. Você paga pensão alimentícia a alguém de fora da sua casa?  Sim  Não  
 Para SNAP, uma ordem judicial é necessária. Se você paga pensão alimentícia e você quer reivindicar uma dedução por estes pagamentos, envie uma cópia da ordem judicial e à prova dos pagamentos feitos durante as últimas 4 semanas, ou uma impressão da corte familiar. Se você não fornecer provas, a dedução não poderá ser concedida.  
 Para FI, enviar o comprovante do valor do pagamento feito durante as últimas 4 semanas. Se não for fornecida a (s) prova (s), a dedução não poderá ser efetuada .

#### Advertências e Penalidades SNAP

- **NÃO compre produtos que não são autorizados, tais como bebidas alcoólicas ou tabaco, com benefícios SNAP.**
- **NÃO use o seu cartão EBT para pagar pela comida cobrada em uma conta de crédito.**
- **Os infratores das regras acima podem perder os benefícios do SNAP durante um período de 1 ano ou permanentemente e pode ser multado em até US \$ 250.000 ou preso até 20 anos, ou ambos. Um tribunal também pode adicionar uma restrição de participação SNAP de 18 meses adicionais para um indivíduo.**
- **NÃO compre ou venda armas de fogo, munição ou explosivos com benefícios do SNAP; se você fizer isso, você nunca poderá obter benefícios do SNAP novamente.**
- **NÃO compre ou vender drogas ilegais com benefícios do SNAP; Não negocie, venda ou altere os cartões de Eletrônica de Benefícios (EBT); se fizer isso, você não poderá obter benefícios do SNAP por 24 meses na primeira ofensa e permanentemente na segunda ofensa.**
- **NÃO troque, venda ou compartilhe cartões EBT ou benefícios SNAP. Se um tribunal considera-o culpado de vender benefícios de US \$ 500 ou mais, você será permanentemente inelegível para participar no programa a partir da primeira ofensa.**
- **NÃO receba benefícios do SNAP em mais de um estado para o mesmo mês. Qualquer indivíduo que tenha feito uma declaração fraudulenta, ou representação fraudulenta de identidade ou de residência, a fim de receber benefícios não serão elegíveis para receber benefícios do SNAP por 10 anos.**
- **Qualquer membro do sua familia que quebrar intencionalmente as regras pode não receber SNAP durante 12 meses pela primeira ofensa, 24 meses na segunda ofensa e permanentemente na terceira ofensa.**

## Formulário de Recertificação / Redeterminação

Esta formulário será considerado como apresentado desde que contenha um nome legível, endereço, e assinatura.

- Responda a todas as perguntas deste formulário. Se não tiver espaço suficiente no formulário para suas respostas você poderá anexar uma folha adicional de papel.
- Formulários recebidos após a data de vencimento, ou sem a prova exigida, será considerado tardio / incompleto e pode passar seus benefícios SNAP / FI para o mês seguinte.
- Se não informar ou verificar todas as despesas dedutíveis será visto como uma declaração de que sua família não quer receber uma dedução para essa despesa.
- O DSS não compartilha números de seguro social (SSNs) ou status de cidadania / imigração para os não-recorrentes e indivíduos não elegíveis para benefícios com o Departamento de Segurança Interna dos EUA.
- O DSS utilizará SSNs no sistema de renda e verificação de elegibilidade do estado e outros e de programas computadorizados para revisão. Esta informação pode ser verificada através de outras fontes, quando forem encontradas discrepâncias e também pode afetar a elegibilidade e beneficiar o nível do seu agregado familiar.
- Essas informações, incluindo o Número de Seguro Social (SSN) de cada membro ou agregado familiar, é autorizada ao abrigo do Acto de 2008. Alimentação e Nutrição. Esta informação também será usada para monitorar a conformidade com os regulamentos do programa e para a gestão do programa. Fornecendo as informações solicitadas, incluindo o SSN de cada membro ou agregado familiar, é voluntária. No entanto, a incapacidade de fornecer um SSN irá resultar na negação de benefícios SNAP a cada falha individualmente para fornecer um SSN. Quaisquer SSNs fornecidos serão utilizados e divulgados da mesma forma como SSNs dos membros elegíveis.
- Você tem o direito de interpor recurso e de solicitar uma audiência justa. Se não concordar com os benefícios recebidos, ou se os seus benefícios foram recusados ou interrompidos, você pode pedir para um julgamento justo. Em uma audiência justa você e o DSS vão ter a oportunidade de relatar a um Auditor o que aconteceu no seu caso. O Gabinete de Audiências Administrativas enviará então uma decisão sobre o seu caso.

O cartão ePay não deve ser utilizado em qualquer transacção electrónica:

- em qualquer loja de bebidas alcólicas;
- casino, jogos de aposta ou estabelecimento de jogo; ou
- estabelecimento de varejo que oferece entretenimento para adultos em que os artistas se apresentam despidos (a) ou executam sua performance em um estado sem roupa para o entretenimento.

### Declaração de Não Discriminação

Esta instituição está proibida de participar de discriminação com base em raça, cor, nacionalidade, deficiência, idade, sexo e, em alguns casos, religião e crenças políticas.

O Departamento de Agricultura dos Estados Unidos também proíbe a discriminação contra seus clientes, funcionários e candidatos a emprego com base de raça, cor, nacionalidade, idade, deficiência, sexo, identidade de gênero, religião, represálias e, quando aplicável, de convicções políticas, estado civil, estado familiar ou paternidade, orientação sexual ou a totalidade ou parte da renda de um indivíduo é derivado de qualquer programa de assistência pública, ou protegido informação genética no emprego ou em qualquer programa ou atividade realizada ou financiada pelo Departamento. (Nem todas as bases proibidas se aplicam a todos os programas e / ou atividades de trabalho.)

Se desejar apresentar um programa queixa de discriminação com USDA Direitos Civis, preencha o Program Discrimination Complaint Form, que pode ser encontrado online em [www.ascrusda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascrusda.gov/complaint_filing_cust.html), ou em qualquer escritório do USDA, ou ligue (866) 632-9992 para solicitar o formulário. Você também pode escrever uma carta contendo todas as informações solicitadas no formulário. Envie-nos seu formulário de queixa devidamente preenchido ou sua carta por e-mail em U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20250-9410, pelo fax (202) 690-7442 ou e-mail em [program.intake@gov](mailto:program.intake@gov).

Indivíduos que são surdos, com deficiência auditiva ou têm deficiências de fala podem entrar em contato com o USDA através do Federal Relay Service retransmissão em (800) 877-8339; ou (800) 845-6136 (Espanhol).

Para qualquer outra informação em relação questões do Programa Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), as pessoas devem entrar em contato com o USDA SNAP Hotline número (800) 221-5689, que também está em espanhol ou ligue para os números de informação do Estado / Hotline; encontrada online em [www.fns.usda.gov/snap/contact\\_info/hotlines.htm](http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm).

Para registrar uma queixa de discriminação a respeito de um programa que receba assistência financeira federal, por meio do Departamento de Saúde e Serviços Humanos (HHS), escreva: Director HHS, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20201 ou ligue para (202) 619-0403 (voz) ou (800) 537-7697 (TTY).

USDA e HHS são prestadores de igualdade de oportunidades e empregadores.

Você também pode registrar uma queixa de discriminação, contactando DSS. Escreva para o DSS Office of Civil Rights, P.O. Box 1520, Columbia, SC 29202-1520; ou ligue para (800) 311-7220 ou (803) 898-8080 ou TTY: (800) 311-7219.