Washington State Department of Social & Health Services
Transforming lives

Os seus Direitos e Responsabilidades na Assistência Monetária e Alimentar

NOME DO CLIENTE (CHEFE DE FAMÍLIA)
NÚMERO DE ID DO CLIENTE

As suas Responsabilidades (Você Deve)

- **Fornecer-nos as informações necessárias para decidirmos se é elegível.**
- **Fornecer-nos provas quando for necessário.** Talvez o consigamos obter. As informações que fornecer ao departamento estão sujeitas a verificação por parte de funcionários federais e estatais. A verificação pode incluir contactos de acompanhamento do pessoal do serviço, incluindo investigadores de fraudes.
- **As informações comunicadas ao Department of Social and Health Services (Departmento de Serviços Sociais e de Saúde)** podem afetar a elegibilidade para a cobertura de cuidados de saúde administrada pela Health Care Authority (Autoridade de Cuidados de Saúde) e pela Bolsa de Benefícios de Sáude.
- **Comunicar alterações** (por exemplo, endereço, rendimentos, etc.) conforme exigido no WAC 388-418-0005. Comunicá-las até ao dia 10 do mês seguinte.
- **Cooperar com a Division of Child Support (Divisão de Apoio à Criança, DCS)** se aceitar uma subvenção da TANF. Deve ajudar a DCS a estabelecer, alterar ou executar a pensão de alimentos para a(s) criança(s) a seu cargo e estabelecer a paternidade (se necessário). Pode recusar-se a cooperar com a DCS, se puder demonstrar que tem uma boa razão para acreditar que a cooperação com a DCS o coloca a si, aos seus filhos ou às crianças a seu cargo, em risco de serem prejudicados pelo progenitor que não tem a custódia.
- **Solicitar** e fazer um esforço razoável para obter potenciais rendimentos de outras fontes quando pedir ou receber assistência em dinheiro.
- **Preencher os relatórios e análises necessários.**
- **Cumprir os requisitos de trabalho** para a assistência monetária e a assistência alimentar.
- **Informar-nos** se pretender que outra pessoa utilize a sua assistência alimentar em seu nome.
- **Cooperar com as nossas análises de Controlo de Qualidade.**
- **Utilizar a assistência alimentar** apenas para comprar alimentos para os membros do seu agregado familiar.
- **Utilizar a assistência monetária** apenas em benefício dos membros do seu agregado familiar.
- **É necessário fornecer o Social Security Numbers** (**Número de Segurança Social**, SSN) ou o estatuto de imigrante apenas para as pessoas que solicitam assistência. Se optar por não fornecer o SSNs ou o estatuto de imigrante para os membros do agregado familiar que não se candidatam, os rendimentos e recursos de todos os membros do agregado familiar devem ser verificados, se necessário, para determinar a elegibilidade.

Os seus Direitos (Nós Devemos)

- **Aceitar um pedido** com o seu nome, endereço e assinatura ou a assinatura do seu representante autorizado.
- **Ajudá-lo a preencher os formulários do DSHS.**
- **Processar** o seu pedido de assistência alimentar no prazo de 7 dias, se for qualificado para o serviço expresso.
- **Fornecer-lhe um recibo**, se o solicitar, quando apresentar os documentos.
- Dar-lhe uma decisão por escrito, na maioria dos casos, no prazo de 30 dias.
- **Pode recusar-se a falar com um investigador do Fraud Early Detection** (**Gabinete de Deteção Precoce de Fraude,** FRED) do Office of Fraud and Accountability (Gabinete de Fraude e Responsabilização). Não é obrigado a deixar o investigador entrar em sua casa**.** Pode pedir ao investigador que volte noutra altura. Isto não afetará a sua elegibilidade para a assistência.
- **Pode solicitar uma audiência administrativa**, se não concordar com uma decisão tomada pelo departamento sobre o seu caso. Também pode pedir a um supervisor ou administrador que reveja a decisão ou ação contestada sem afetar os seus direitos a uma audiência administrativa.
- **Temos de o informar** sobre a regra do limite de tempo de 60 meses ao abrigo do programa Temporary Assistance for Needy Families (Assistência Temporária a Famílias Carenciadas, TANF). Este limite de tempo não se aplica aos subsídios de Alimentação Básica ou de cuidados infantis.

O Que Deve Saber Sobre o Seu Cartão EBT

- **Uso indevido de benefícios:** As prestações alimentares e monetárias distribuídas através do cartão EBT fornecerão ao DSHS um historial das transações em que utilizou as suas prestações. O departamento utilizará as informações sobre as transações nas investigações sobre a utilização indevida de prestações de assistência monetária ou a troca de prestações de assistência alimentar por dinheiro ou outros artigos de valor (tráfico).
- **Substituição do cartão EBT:** Poderemos cobrar pela substituição de cartões EBT. Mantenha o seu cartão EBT e o seu personal identification number (número de identificação pessoal, PIN) seguros e protegidos.
- **Cartões EBT com saldo elevado:** Se não utilizar os seus benefícios durante meses seguidos ou se acumular um saldo elevado ao fim de vários meses, poderemos contactá-lo para analisar a sua situação ou a sua necessidade de benefícios.

O Que Deve Saber (Alimentação Básica)

- **Enviamos informações** sobre as pessoas que solicitam a Alimentação Básica a outras agências Federais para verificar se as informações estão corretas. Se alguma informação estiver incorreta, as pessoas que se candidatam podem não receber os Alimentos Básicos. Se uma pessoa fornecer informações que sabe serem incorretas, pode ser processada criminalmente. As sanções por infração intencional às regras da Alimentação Básica variam entre a desqualificação do programa, multas ou, eventualmente, prisão.
- **Se vender, tentar vender, trocar ou doar a sua assistência alimentar** por qualquer coisa de valor, como dinheiro, drogas, armas ou qualquer coisa que não seja comida de um retalhista autorizado (tráfico), pode ser desqualificado de receber benefícios de assistência alimentar por um período mínimo de um ano até uma desqualificação máxima vitalícia na primeira infração. Esta desqualificação mantém-se mesmo que abandone o Estado de Washington e se candidate a prestações noutro Estado.
- **Se for obrigado a participar nos requisitos de trabalho do programa de Alimentação Básica** e não o fizer, pode ser desqualificado durante um mês e até cumprir os requisitos de trabalho para o primeiro incumprimento; três meses e até cumprir para o segundo incumprimento; e seis meses e até cumprir pela terceira vez e todas as vezes seguintes.
- **Pode ser retirado do programa de Alimentos Básicos** por violar uma regra do programa de Alimentos Básicos, tal como descrito no aviso de penalização de Alimentos Básicos indicado nesta página.
- **Comunique as despesas do agregado familiar se pretender que o serviço inclua estas despesas na Alimentação Básica.** Se não comunicar e não apresentar provas destas despesas, está a declarar que não quer que utilizemos estas despesas para decidir se pode receber mais Alimentos Básicos.

O Que Deve Saber (Dinheiro)

- **Ao obter o Temporary Assistance for Needy Families (Assistência Temporária a Famílias Carenciadas, TANF)** atribui os seus direitos de apoio ao aos seus filhos e cônjuge à Division of Child Support (Divisão de Apoio à Criança). Isto significa que a DCS pode manter a pensão de alimentos que lhe é devida, até ao montante da assistência pública que recebeu. **Deve informar imediatamente a DCS se recebeu pagamentos de pensão de alimentos ou benefícios** para a criança enquanto esteve no TANF.
- **Se deixar de receber o TANF,** deve informar o DCS de quaisquer alterações que afetem a pensão de alimentos, tais como a mudança da criança ou a alteração do seu endereço.
- **Se receber o TANF**, **pode pedir dinheiro extra** para ajudar a pagar as despesas de alojamento temporário de emergência.

De acordo com a lei federal dos direitos civis e com os regulamentos e políticas de direitos civis do U.S. Department of Agriculture (Departamento de Agricultura dos EUA, USDA), esta instituição está proibida de discriminar com base na raça, cor, nacionalidade, sexo (incluindo identidade de género e orientação sexual), crença religiosa, incapacidade, idade, convicções políticas ou represália ou retaliação por atividades anteriores relacionadas com os direitos civis.

As informações sobre o programa podem ser disponibilizadas noutras línguas para além do inglês. As pessoas com deficiência que necessitem de meios de comunicação alternativos para obterem informações sobre o programa (por exemplo, Braille, letras grandes, cassete áudio, língua gestual americana) devem contactar a agência (estatal ou local) onde solicitaram as prestações. As pessoas surdas, com dificuldades auditivas ou com deficiências da fala podem contactar o USDA através do Federal Relay Service (Serviço Federal de Transmissão), através do número (800) 877-8339.

Para apresentar uma queixa por discriminação no âmbito de um programa, o queixoso deve preencher o Formulário AD-3027, Formulário de queixa por discriminação no âmbito de um programa do USDA, que pode ser obtido online em: https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf, em qualquer delegação do USDA, telefonar para (833) 620-1071 ou escrever uma carta dirigida ao USDA. A carta deve conter o nome, o endereço e o número de telefone do queixoso, bem como uma descrição escrita da alegada ação

discriminatória, com pormenor suficiente para informar o Assistant Secretary for Civil Rights (Secretário-Adjunto para os Direitos Civis, ASCR) sobre a natureza e a data da alegada violação dos direitos civis. O formulário AD-3027 preenchido ou a carta devem ser enviados para:

1. **Mail:** Serviço de Alimentação e Nutrição, USDA
   1320 Braddock Place, Room 334
   Alexandria VA 22314;
2. **Fax:** (833) 256-1665 ou (202) 690-7442; ou
3. **Email:** mailto:FNSCivilRightsComplaints@usda.gov

Esta instituição é um fornecedor de oportunidades iguais.

Ao assinar abaixo, estou a declarar que me foram explicados os meus direitos e responsabilidades relativamente à receção de benefícios e programas do DSHS. Compreendo que, se me recusar a assinar este documento, a minha elegibilidade não será afetada, mas continuarei a ser responsável pelos requisitos do programa e estarei sujeito às sanções penais ou do programa aplicáveis.

ASSINATURA DO REQUERENTE	DATA	ASSINATURA DO CO-REQUERENTE	DATA

DSHS STAFF ACES ID:

☐ Recusou-se a assinar.