

**DECLARAÇÃO DE FATOS PARA PESSOA EXTRA***(Formulário complementar para CalFresh [Vale-refeição] e Solicitação de Auxílio em dinheiro)*

**INSTRUÇÕES:** Preencha este formulário para nos informar sobre uma nova pessoa na residência. Se precisar de mais espaço para responder às perguntas, use outra folha de papel. Responda todas as perguntas sobre os benefícios que você está solicitando. As siglas "CA" para auxílio em dinheiro e "CF" para CalFresh no lado esquerdo de cada pergunta indicam a que programa ela se refere.

**Se você recebe auxílio em dinheiro, e deseja que uma nova pessoa também o receba, este formulário deverá ser preenchido pelo responsável adulto com algum parentesco que esteja recebendo o auxílio em dinheiro ou pela nova pessoa, exceto se for uma criança.**

**Para as residências com o CalFresh, que não recebam auxílio em dinheiro ou não o desejam para a nova pessoa, o formulário poderá ser preenchido por um membro da residência, um representante autorizado ou a nova pessoa.**

**IMPRIMIR EM TINTA**

CA ① Nome de pessoa que preenche o formulário (Primeiro Nome, Nome do Meio, Último Nome)  
CF

CA ② Informe a nova pessoa na residência, incluindo recém-nascidos.  
CF

NOME (Nome Nome do Meio Último Nome) STATUS DE CIDADÃO/ NÃO CIDADÃO (✓)  Cidadão/Natural dos EUA  
 Não Cidadão: Patrocinado  SIM  NÃO

NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO NACIONAL (SOCIAL SECURITY) DATA DE NASCIMENTO GRÁVIDA ELE/ELA É UM PAI/MÃE?  
(SOCIAL SECURITY) - -  SIM  NÃO  SIM  NÃO

NATURALIDADE (Cidade/Estado/País) SEXO (✓) ESCOLARIDADE (✓)  
 M  F  Ensino superior completo

ESTADO CIVIL DEFICIENTE VISUAL/AUDITIVO/FÍSICO  
 Casado(a)  Solteiro(a)  Separado(a)  SIM  NÃO  
 Divorciado(a)  Matrimônio em formalidades legais  
 Viúvo(a)

PARENTESCO COM O CANDIDATO/RESPONSÁVEL/CHEFE DA RESIDÊNCIA? QUALQUER OUTRO NOME USADO:(de solteira, de filho(a) adotivo(a), etc.)  
Se "SIM", explique o parentesco:  SIM  NÃO

TIPO DE AUXÍLIO SOLICITADO (✓)  Auxílio em dinheiro  CalFresh

CA ③ Ele/ela já solicitou ou recebeu benefícios no passado, como: auxílio em dinheiro, CalFresh, assistência a pessoas sem lugar para morar, Medi-Cal, Assistência Monetária para Refugiados? Se "SIM", explique:  SIM  NÃO

QUANDO ONDE (condado, estado ou país) TIPO DE BENEFÍCIO

CA ④ Ele/ela tem menos de 19 anos de idade? Se "SIM", preencha abaixo:  SIM  NÃO

NOME DO PAI/MÃE OU RESPONSÁVEL (✓) Mora na casa	NOME DO OUTRO PAI/MÃE (✓) Mora na casa	Motivo pelo qual o outro pai/mãe não mora na casa	Filho(a) precisa de auxílio por que o pai/mãe está (Marque todas que se aplicam)
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Desempregado(a) <input type="checkbox"/> Incapacitado(a) <input type="checkbox"/> Falecido(a)

CA ⑤ Ele/ela prestou serviço militar aos EUA ou é cônjuge, pai/mãe ou filho(a) de uma pessoa que prestou o serviço militar? Se "SIM", explique:  SIM  NÃO

INFORME NOME, RAMO DE SERVIÇO, ETC. DISPENSA HONROSA  
 SIM  NÃO

CA ⑥ Ele/ela mora atualmente na Califórnia e pretende continuar morando? Se "NÃO", explique:  SIM  NÃO

**USO EXCLUSIVO DO CONDADO**

CASE NAME  
CASE NUMBER  
WORKER NAME  
WORKER NUMBER  
DATE RECEIVED

VERIFIED:	YES	NO
SSN		
CF ID		
Blind/Deaf/Disabled Residency		
DFA 285-C Comp.		
CW 25 Completed		
QR 25 A Completed		
Referred to WTW		
Citizen		
Eligible Non-citizen		
Sponsored		
SAVE		
Date of Entry to U.S.		
Excluded HH Member Code		
Work/Training/WTW Code		

CA CF	7	Ele/ela é um filho(a) adotivo(a) que mora na residência?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<b>USO EXCLUSIVO DO CONDADO</b> 7A: <input type="checkbox"/> Request dependency order 7B: CA and FC Elig/CR Chooses: Child: <input type="checkbox"/> CA <input type="checkbox"/> FC CR: <input type="checkbox"/> CA <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Kin-GAP 7C: <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Fee for Service
		A. A criança foi colocada em sua casa devido a uma ordem de dependência do tribunal?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
		B. Você deseja que o filho(a) adotivo(a) e os rendimentos de adoção sejam incluídos no CalFresh?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
		C. A criança está cadastrada em um plano de saúde?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
CA CF	8	A. Ele/ela tem 16 anos ou mais e está matriculado(a) em uma escola, faculdade ou programa de treinamento? Se "SIM", preencha abaixo:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	VERIFIED: School Enrollment <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No CF Eligible Student <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
NOME DO PROGRAMA ESCOLAR/UNIVERSITÁRIO/DE TREINAMENTO		UNIDADES/HORAS POR SEMANA	DATA PREVISTA DA GRADUAÇÃO	
SE MATRICULADO, MARQUE (✓) O STATUS <input type="checkbox"/> Integral <input type="checkbox"/> Meio período <input type="checkbox"/> Outro (especifique):				
CA CF		B. Informe a seguir se ele/ela está matriculado(a) nem uma faculdade ou frequentando uma instituição escolar similar.		
PERÍODO <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Trimestral		MENSALIDADES/TAXAS POR PERÍODO \$	LIVROS, MATERIAL, ETC. POR PERÍODO \$	VERIFIED: Expenses <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Financial Aid <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
PERCURSO POR DIA ENTRE A ESCOLA/INSTITUIÇÃO DE ASSISTÊNCIA INFANTIL E A RESIDÊNCIA (MILHAS)		FREQUÊNCIA POR SEMANA	TRANSPORTE UTILIZADO	
CUSTO DO TRANSPORTE POR SEMANA \$		VALOR PAGO POR CARONISTAS \$	TRANSPORTE PÚBLICO (ÔNIBUS, ETC.) POR DIA \$	
CA CF	9	Ele/ela teve o auxílio em dinheiro ou CalFresh interrompido por um determinado período ou permanentemente devido a: não cooperação durante a revisão do controle de qualidade, sanções de trabalho ou treinamento ou fraude à assistência social ou Violação Intencional do Programa? Se "SIM", preencha abaixo:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
PORQUÊ		QUANDO	QUAL CONDADO/ESTADO	
CA CF	10	<b>Algum membro da residência está fugindo da lei para evitar processo por delito, prisão ou encarceramento após acusação de crime ou tentativa de crime?</b> Se "SIM", informe o nome da pessoa:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
CA CF	11	<b>Algum membro da família foi acusado por um tribunal de justiça por violação de liberdade condicional?</b> Se "SIM", informe o nome da pessoa:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
CF	12	Ele/ela costuma comprar alimentos e preparar refeições separadamente dos outros membros da residência?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Separate house hold eligible <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
CF	13	Ele/ela tem 60 anos ou mais de e está incapacitado de comprar alimentos e preparar refeições separadamente devido a alguma deficiência?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Separate house hold eligible <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
CF	14	Ele/ela paga a você pelas refeições e/ou um quarto?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
MARQUE (✓)		VALOR \$	FREQUÊNCIA	Nº DE REFEIÇÕES POR DIA
<input type="checkbox"/> Refeições <input type="checkbox"/> Quarto <input type="checkbox"/> Ambos				
CF	15	Ele/ela recebe alimentos de um dos seguintes programas? ● Refeitório comunitário para idosos e deficientes ● Programa de distribuição de alimentos operado por uma reserva de nativo-americana ● Outro programa de alimentação Se "SIM", preencha abaixo:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
NOME DO PROGRAMA				

CA CF	16	Ele/ela está trabalhando no momento ou estará trabalhando no futuro? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se "SIM", preencha abaixo. Anexe holerites ou outros comprovantes de ganhos. Se o trabalho não começou, qual será a data de início? _____ (Observação: No caso de profissional autônomo, indique as despesas comerciais em uma folha de papel separada e anexe-a ao formulário).	<b>USO EXCLUSIVO DO CONDADO</b>																
		NOME DO EMPREGADOR: _____ AUTÔNOMO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não OCUPAÇÃO: _____ DIAS / HORAS DE TRABALHO POR MÊS: _____	<input checked="" type="checkbox"/> if Exempt <input type="checkbox"/> CA <input type="checkbox"/> CF Adult <input type="checkbox"/> CF Child CF S/E Farmer <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No																
		DATA(S) DE PAGAMENTO: _____ SALÁRIO ANTES DAS DEDUÇÕES: \$ _____ por _____ GORJETAS OU COMISSÕES: <input type="checkbox"/> SIM VALOR \$ _____ <input type="checkbox"/> NÃO	Verification(s) on file: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No																
Essa renda terá continuidade? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Se "NÃO", explique as alterações aqui: _____																			
CA CF	17	A. Ele/ela paga alguém para cuidar de uma criança, adulto deficiente ou outro dependente para que ele/ela possa trabalhar ou fazer um treinamento ou procurar emprego? Se "SIM", preencha abaixo:	Child Care Informing Given to Client:																
		NOME DA PESSOA QUE RECEBE OS CUIDADOS: _____ NOME DA PESSOA QUE FORNECE OS CUIDADOS: _____ VALOR PAGO MENSALMENTE: \$ _____	Trustline Informing (CCP 2) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Health & Safety Certification (CCP 5) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No																
		NOME DA PESSOA QUE RECEBE OS CUIDADOS: _____ NOME DA PESSOA QUE FORNECE OS CUIDADOS: _____ VALOR PAGO MENSALMENTE: \$ _____	Dependent Care Eligible CA <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No CF <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No																
CA CF	B.	Os gastos que ele/ela tem com assistência infantil são pagos por outra pessoa? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Inclua os gastos pagos por um parente ou amigo, Ministério da Educação, Auxílio a Estudantes, Subvenção Global (Block Grant), Cal-earn (Programa de Educação para Pais Adolescentes), Programa de Transição de Assistência Infantil (TCC), Programa de Educação e Treinamento que não pertence ao GAIN(NET), Assistência Social para o Trabalho (WTW), Programa de Pagamentos Complementares para Assistência Infantil (SCC), Programa de assistência Alternativa da Califórnia (CAAP) etc. Se "SIM", preencha abaixo:																	
		NOME DA CRIANÇA: _____ NOME DA PESSOA QUE FORNECE OS CUIDADOS: _____ VALOR PAGO MENSALMENTE: \$ _____																	
		NOME DA CRIANÇA: _____ NOME DA PESSOA QUE FORNECE OS CUIDADOS: _____ VALOR PAGO MENSALMENTE: \$ _____																	
CA CF	18	Ele/ela parou de trabalhar/estagiar ou se recusou a trabalhar/estagiar nos últimos 60 dias? Se "SIM", preencha abaixo:	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:80%;"></td> <td style="width:20%; text-align: center;">YES</td> <td style="width:20%; text-align: center;">NO</td> </tr> <tr> <td>Emp. Statement</td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> <tr> <td>Good Cause Determ</td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> <tr> <td>Voluntary Quit</td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table>		YES	NO	Emp. Statement			Good Cause Determ			Voluntary Quit						
	YES	NO																	
Emp. Statement																			
Good Cause Determ																			
Voluntary Quit																			
		NOME E ENDEREÇO DO EMPREGADOR/PROGRAMA DE ESTÁGIO: _____ Esta pessoa recebe ou espera receber salários ou benefícios este mês? Se "SIM", preencha abaixo. <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO																	
		ÚLTIMO PAGAMENTO RECEBIDO(DATA): _____ VALOR ANTES DAS DEDUÇÕES: \$ _____ CHEQUE PREVISTO(DATA): _____ VALOR ANTES DAS DEDUÇÕES: \$ _____	<input type="checkbox"/> CA: 30 days <input type="checkbox"/> CF: 60 days																
		NÚMERO DE HORAS DE TRABALHO/ ESTÁGIO: _____ Último mês: _____ Mês atual: _____																	
		ÚLTIMO DIA DE TRABALHO/TREINAMENTO: _____ GORJETAS OU COMISSÕES: <input type="checkbox"/> SIM Valor \$ _____ <input type="checkbox"/> NÃO MOTIVO DA SAÍDA DO EMPREGO/TREINAMENTO: _____																	
CA CF	19	Ele/ela está em greve? Se "SIM", preencha abaixo:	Striker Regs Apply																
		NOME E ENDEREÇO DO EMPREGADOR/PROGRAMA DE TREINAMENTO: _____ NOME DO SINDICATO: _____ DATA DO INÍCIO DA GREVE: _____ RENDA BRUTA MENSAL GANHA COM ESTE EMPREGO ANTES DA GREVE: \$ _____	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%; text-align: center;">CA</td> <td style="width:50%; text-align: center;">CF</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</td> </tr> </table>	CA	CF	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No												
CA	CF																		
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No																		
CF	20	Ele/ela paga pensão a filho ou cônjuge? Se "SIM", preencha abaixo:	Court Order on File <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Amount Ordered \$ _____																
		NOME DA CRIANÇA OU CÔNJUGE: _____ VALOR POR MÊS: \$ _____ TRIBUNAL DETERMINOU: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO																	
CA CF	21	Ele/ela solicitou ou recebeu qualquer outro benefício nos últimos 12 meses, como: assistência social, seguro-desemprego/seguro por incapacidade, Auxílio Dinheiro, pensão a filho/cônjuge, benefícios para veteranos, habitação gratuita, serviços públicos gratuitos, etc.? Se "SIM", preencha abaixo:																	
		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>TIPO DE BENEFÍCIO</th> <th>VALOR</th> <th>DATA DA SOLICITAÇÃO</th> <th>LOCAL (CONDADO/ESTADO)</th> <th>ÚLTIMA DATA DE RECEBIMENTO</th> <th>FREQUÊNCIA (Semanalmente, mensalmente, etc.)</th> <th>DATA PREVISTA PARA INÍCIO E FIM</th> <th>(✓) if Exempt</th> </tr> <tr> <td> </td> <td>\$ _____</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td>INÍCIO: _____ FIM: _____</td> <td>CA <input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	TIPO DE BENEFÍCIO	VALOR	DATA DA SOLICITAÇÃO	LOCAL (CONDADO/ESTADO)	ÚLTIMA DATA DE RECEBIMENTO	FREQUÊNCIA (Semanalmente, mensalmente, etc.)	DATA PREVISTA PARA INÍCIO E FIM	(✓) if Exempt		\$ _____					INÍCIO: _____ FIM: _____	CA <input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/>	
TIPO DE BENEFÍCIO	VALOR	DATA DA SOLICITAÇÃO	LOCAL (CONDADO/ESTADO)	ÚLTIMA DATA DE RECEBIMENTO	FREQUÊNCIA (Semanalmente, mensalmente, etc.)	DATA PREVISTA PARA INÍCIO E FIM	(✓) if Exempt												
	\$ _____					INÍCIO: _____ FIM: _____	CA <input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/>												
Esta renda terá continuidade? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Se "NÃO", explique as alterações aqui: _____																			

CA	(22)	Ele/ela possui ou está adquirindo bens imobiliários, como terreno e/ou edifícios em qualquer lugar, inclusive fora dos EUA? Se "SIM", preencha abaixo:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<b>USO EXCLUSIVO DO CONDADO</b> Home Exempt <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Other Real Property Market Value   \$ _____ Amount Owed   \$ _____ Net Value   \$ _____ Lien Applicable <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No																							
CF		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:20%;">TIPO (TERRENO, CASA, APARTAMENTO, ETC.)</th> <th style="width:20%;">USO(CASA, ALUGUEL, ETC.)</th> <th style="width:30%;">ENDEREÇO OU LOCALIZAÇÃO</th> <th style="width:15%;">VALOR ESTIMADO</th> <th style="width:15%;">VALOR DEVIDO</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: right;">\$</td> <td style="text-align: right;">\$</td> </tr> </table>	TIPO (TERRENO, CASA, APARTAMENTO, ETC.)	USO(CASA, ALUGUEL, ETC.)	ENDEREÇO OU LOCALIZAÇÃO	VALOR ESTIMADO	VALOR DEVIDO				\$	\$															
TIPO (TERRENO, CASA, APARTAMENTO, ETC.)	USO(CASA, ALUGUEL, ETC.)	ENDEREÇO OU LOCALIZAÇÃO	VALOR ESTIMADO	VALOR DEVIDO																							
			\$	\$																							
CA	(23)	A. Ele/ela possui algum dos seguintes recursos? Se "YES" MARQUE (✓) cada item e explique abaixo:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO																								
CF		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:30%;">RECURSOS</th> <th style="width:10%;">SIM</th> <th style="width:10%;">NÃO</th> <th style="width:30%;">RECURSOS</th> <th style="width:10%;">SIM</th> <th style="width:10%;">NÃO</th> </tr> <tr> <td>Cheques ou dinheiro (na residência ou em outro local)</td> <td> </td> <td> </td> <td>Fundos de Fideicomisso</td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>Conta Corrente/Poupança/União de Crédito</td> <td> </td> <td> </td> <td>Ações, Títulos, Certificados, Contas Individuais de Aposentadoria (IRAs), Fundos de Aposentadoria</td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>Notas, Hipotecas, Escrituras de Fideicomisso, Contratos de Venda</td> <td> </td> <td> </td> <td>Outro (liste abaixo)</td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	RECURSOS	SIM	NÃO	RECURSOS	SIM	NÃO	Cheques ou dinheiro (na residência ou em outro local)			Fundos de Fideicomisso			Conta Corrente/Poupança/União de Crédito			Ações, Títulos, Certificados, Contas Individuais de Aposentadoria (IRAs), Fundos de Aposentadoria			Notas, Hipotecas, Escrituras de Fideicomisso, Contratos de Venda			Outro (liste abaixo)			
RECURSOS	SIM	NÃO	RECURSOS	SIM	NÃO																						
Cheques ou dinheiro (na residência ou em outro local)			Fundos de Fideicomisso																								
Conta Corrente/Poupança/União de Crédito			Ações, Títulos, Certificados, Contas Individuais de Aposentadoria (IRAs), Fundos de Aposentadoria																								
Notas, Hipotecas, Escrituras de Fideicomisso, Contratos de Venda			Outro (liste abaixo)																								
		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:15%;">TIPO DE RECURSO</th> <th style="width:15%;">PROPRIETÁRIO</th> <th style="width:15%;">Nº DA CONTA /APÓLICE</th> <th style="width:30%;">NOME E ENDEREÇO DO BANCO, ETC.</th> <th style="width:15%;">VALOR ATUAL</th> <th style="width:10%;">(✓) if Exempt</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: right;">\$</td> <td style="text-align: center;">CA   CF</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: right;">\$</td> <td> </td> </tr> </table>	TIPO DE RECURSO	PROPRIETÁRIO	Nº DA CONTA /APÓLICE	NOME E ENDEREÇO DO BANCO, ETC.	VALOR ATUAL	(✓) if Exempt					\$	CA   CF					\$								
TIPO DE RECURSO	PROPRIETÁRIO	Nº DA CONTA /APÓLICE	NOME E ENDEREÇO DO BANCO, ETC.	VALOR ATUAL	(✓) if Exempt																						
				\$	CA   CF																						
				\$																							
CA	CF	B. Ele/ela recebe rendimentos de algum desses recursos, como juros, dividendos etc.? Se "SIM", liste cada item e explique a seguir:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO																								
		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:40%;">FONTE DE RENDA</th> <th style="width:20%;">VALOR</th> <th style="width:40%;">FREQUÊNCIA</th> </tr> <tr> <td> </td> <td style="text-align: right;">\$</td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td style="text-align: right;">\$</td> <td> </td> </tr> </table>	FONTE DE RENDA	VALOR	FREQUÊNCIA		\$			\$																	
FONTE DE RENDA	VALOR	FREQUÊNCIA																									
	\$																										
	\$																										
CA	CF	(24) Ele/ela possui, aluga ou utiliza veículos motorizados, como um carro, caminhão, barco, trailer, van, residência móvel, veículo off-road (ATV), moto, lancha, jetski etc.? Se "SIM", preencha abaixo:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input checked="" type="checkbox"/> If Exempt Leased <input type="checkbox"/> Vehicle Valuation <input type="checkbox"/> Exempt <input type="checkbox"/> Leased																							
		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:15%;">NOME DO PROPRIETÁRIO SE ALUGADO, MARQUE (✓)</th> <th style="width:15%;">COMO USADOS</th> <th style="width:15%;">ANO, MARCA, MODELO</th> <th style="width:15%;">NÚMERO DE LICEBÇA E ESTADO DE REGISTRO</th> <th style="width:10%;">LICENCIADO (✓)</th> <th style="width:10%;">AVALIADO EM</th> <th style="width:10%;">VALOR DEVIDO</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Alugado</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</td> <td style="text-align: right;">\$</td> <td style="text-align: right;">\$</td> </tr> </table>	NOME DO PROPRIETÁRIO SE ALUGADO, MARQUE (✓)	COMO USADOS	ANO, MARCA, MODELO	NÚMERO DE LICEBÇA E ESTADO DE REGISTRO	LICENCIADO (✓)	AVALIADO EM	VALOR DEVIDO	<input type="checkbox"/> Alugado				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	\$	\$											
NOME DO PROPRIETÁRIO SE ALUGADO, MARQUE (✓)	COMO USADOS	ANO, MARCA, MODELO	NÚMERO DE LICEBÇA E ESTADO DE REGISTRO	LICENCIADO (✓)	AVALIADO EM	VALOR DEVIDO																					
<input type="checkbox"/> Alugado				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	\$	\$																					
CA	CF	(25) Ele/ela possui ou usa uma <u>propriedade pessoal</u> que custe pelo menos \$100 por item ou que agora valha pelo menos \$100 por item, como: joias, equipamentos, instrumentos, bens semoventes etc.? <b>Não</b> indique vestuário, alianças, tapetes, mobília, aparelhos domésticos ou outros acessórios da residência. Se "SIM", preencha abaixo:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Owned Jointly <input type="checkbox"/> Owned Separately Net Market Value \$ _____																							
		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:20%;">PROPRIETÁRIO</th> <th style="width:30%;">NOME DO ITEM</th> <th style="width:15%;">DATA DA COMPRA</th> <th style="width:15%;">VALOR DA COMPRA OU VALOR ATUAL</th> <th style="width:20%;">VALOR DEVIDO</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: right;">\$</td> <td style="text-align: right;">\$</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: right;">\$</td> <td style="text-align: right;">\$</td> </tr> </table>	PROPRIETÁRIO	NOME DO ITEM	DATA DA COMPRA	VALOR DA COMPRA OU VALOR ATUAL	VALOR DEVIDO				\$	\$				\$	\$										
PROPRIETÁRIO	NOME DO ITEM	DATA DA COMPRA	VALOR DA COMPRA OU VALOR ATUAL	VALOR DEVIDO																							
			\$	\$																							
			\$	\$																							
CA	CF	(26) Ele/ela vendeu, transferiu ou cedeu qualquer propriedade pessoal ou real nos últimos 2 anos, no caso de auxílio em dinheiro, e nos últimos 3 meses, para o CalFresh? Se "SIM", explica a seguir:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Closed Bank Accounts: <input type="checkbox"/> CalFresh in last 3 months																							
CA	CF	(27) Ele/ela possui algum dos seguros abaixo: de vida, funerário, para deficiência ou hipoteca? Se "SIM", preencha abaixo:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Total CSV (1) _____ (2) _____ Total Countable Property: Items 22-27 CA \$ _____ CF \$ _____																							
		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:25%;">NOME DA SEGURADORA</th> <th style="width:20%;">NÚMERO DA APÓLICE</th> <th style="width:20%;">MENSALIDADE PELA POR (NOME)</th> <th style="width:35%;">VALOR DO SEGURO</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: right;">\$</td> </tr> </table>	NOME DA SEGURADORA	NÚMERO DA APÓLICE	MENSALIDADE PELA POR (NOME)	VALOR DO SEGURO				\$																	
NOME DA SEGURADORA	NÚMERO DA APÓLICE	MENSALIDADE PELA POR (NOME)	VALOR DO SEGURO																								
			\$																								
CA	CF	(28) Ele/ela possui convênio médico, incluindo aquele pago por um empregador ou pai/mãe ausente, como: Blue Cross, Kaiser, CHAMPUS, Medicare etc.? Se "SIM", preencha abaixo:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Health Care Options Explanation Given Referral _____ NA _____ <input type="checkbox"/> DHS 6155 <input type="checkbox"/> DFA 285-C Medicare Gross Premium \$ _____																							
		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:25%;">NOME DA SEGURADORA</th> <th style="width:20%;">DATA DE VENCIMENTO</th> <th style="width:20%;">VALOR DA MENSALIDADE</th> <th style="width:35%;">FREQUÊNCIA DE PAGAMENTO</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: right;">\$</td> <td> </td> </tr> </table>	NOME DA SEGURADORA	DATA DE VENCIMENTO	VALOR DA MENSALIDADE	FREQUÊNCIA DE PAGAMENTO			\$																		
NOME DA SEGURADORA	DATA DE VENCIMENTO	VALOR DA MENSALIDADE	FREQUÊNCIA DE PAGAMENTO																								
		\$																									

<p>CA 29 Ele/ela recebeu tratamento médico/obstétrico no mês atual ou nos três meses anteriores a este? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Se "SIM", preencha abaixo:</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th rowspan="2">NOME DA PESSOA QUE RECEBEU OS CUIDADOS</th> <th rowspan="2">MESES DE TRATAMENTO</th> <th colspan="2">O TRATAMENTO FOI PAGO?</th> <th colspan="2">DESEJA MEDI-CAL PARA ESSES MESES?</th> </tr> <tr> <th>SIM</th> <th>NÃO</th> <th>SIM</th> <th>NÃO</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	NOME DA PESSOA QUE RECEBEU OS CUIDADOS	MESES DE TRATAMENTO	O TRATAMENTO FOI PAGO?		DESEJA MEDI-CAL PARA ESSES MESES?		SIM	NÃO	SIM	NÃO													<p style="text-align: center;"><b>USO EXCLUSIVO DO CONDADO</b></p> <p>Retro Medi-Cal Requested <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Approved <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>								
NOME DA PESSOA QUE RECEBEU OS CUIDADOS			MESES DE TRATAMENTO	O TRATAMENTO FOI PAGO?		DESEJA MEDI-CAL PARA ESSES MESES?																									
	SIM	NÃO		SIM	NÃO																										
<p>CA 30 Ele/ela possui algum convênio médico disponível do pai/mãe, empregador ou pai/mãe ausente que não tenha sido solicitado? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Se "SIM", preencha abaixo:</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>NOME DA SEGURADORA</th> <th>VALOR DA MENSALIDADE</th> <th>FREQUÊNCIA DE PAGAMENTO</th> </tr> <tr> <td> </td> <td>\$</td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td>\$</td> <td> </td> </tr> </table>	NOME DA SEGURADORA	VALOR DA MENSALIDADE	FREQUÊNCIA DE PAGAMENTO		\$			\$		<p><input type="checkbox"/> DHS 6155</p>																					
NOME DA SEGURADORA	VALOR DA MENSALIDADE	FREQUÊNCIA DE PAGAMENTO																													
	\$																														
	\$																														
<p>CA 31 Ele/ela possui uma deficiência causada por lesão ou acidente que dificulta executar um trabalho ou cuidar das próprias necessidades? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Se "SIM", preencha abaixo:</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>TIPO DE PROBLEMA</th> <th>DATA DE INÍCIO DO PROBLEMA</th> <th>DATA DE RECUPERAÇÃO ESPERADA</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	TIPO DE PROBLEMA	DATA DE INÍCIO DO PROBLEMA	DATA DE RECUPERAÇÃO ESPERADA				<p>VERIFIED: Higher/Lower MAP <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Special Need <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> DFA 285-C</p>																								
TIPO DE PROBLEMA	DATA DE INÍCIO DO PROBLEMA	DATA DE RECUPERAÇÃO ESPERADA																													
<p>CA 32 A. Ele/ela possui uma condição médica ou situação que exija qualquer um dos itens a seguir? CF Marque (✓) SIM ou NÃO para cada item:</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>SIM</th> <th>NÃO</th> <th></th> <th>SIM</th> <th>NÃO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Dieta especial prescrita por um médico</td> <td> </td> <td> </td> <td>Uso frequente de serviços públicos e municipais</td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>Necessidades especiais de transporte</td> <td> </td> <td> </td> <td>Serviço de lavanderia especial</td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>Telefone especial ou outro equipamento</td> <td> </td> <td> </td> <td>Outros (especifique):</td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>Trabalho Doméstico (ninguém na residência pode fazê-lo)</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> <p>Se "SIM", explique:</p>		SIM	NÃO		SIM	NÃO	Dieta especial prescrita por um médico			Uso frequente de serviços públicos e municipais			Necessidades especiais de transporte			Serviço de lavanderia especial			Telefone especial ou outro equipamento			Outros (especifique):			Trabalho Doméstico (ninguém na residência pode fazê-lo)						<p>CA Special Need <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Amount \$ _____ VERIFIED: CA <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No CF <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> DFA 285-C</p>
	SIM	NÃO		SIM	NÃO																										
Dieta especial prescrita por um médico			Uso frequente de serviços públicos e municipais																												
Necessidades especiais de transporte			Serviço de lavanderia especial																												
Telefone especial ou outro equipamento			Outros (especifique):																												
Trabalho Doméstico (ninguém na residência pode fazê-lo)																															
<p>CA 32 B. Ele/ela recebe Serviços de Casa ou Cuidados Pessoais (IHSS)? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO CF Se "SIM", quanto ele/ela pagar por mês? \$ _____</p>	<p><input type="checkbox"/> DFA 285-C</p>																														
<p>CA 33 Os seguintes serviços estão disponíveis. As respostas dadas a estas perguntas sobre você ou algum membro da sua família não afetarão sua elegibilidade. Marque (✓) SIM ou NÃO para cada item.</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>SIM</th> <th>NÃO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A. Check-ups regulares para ajudar a proteger a saúde da sua família estarão disponíveis, se necessário, através do programa para a Saúde e Prevenção de Deficiências para Crianças e Adolescentes (CHDP) aos membros elegíveis da sua família menores de 21 anos. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deseja mais informações sobre os Serviços de CHDP? . . . . .</li> <li>• Deseja receber os serviços médicos de CHDP? . . . . .</li> <li>• Deseja receber os serviços odontológicos do CHDP? . . . . .</li> <li>• Você precisa de ajuda para marcar consultas ou com transporte para os Serviços de CHDP? . . . . .</li> </ul> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>B. Se alguma mulher na família estiver grávida, você poderá receber ajuda para encontrar um médico, obter alimentos saudáveis etc. Deseja falar com alguém sobre esse tipo de ajuda?</td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>C. Alguma mulher da família está amamentando? . . . . . Se "SIM", o nascimento ocorreu nos últimos 12 meses? . . . . .  Se você marcou "SIM" para as perguntas 33 B ou C, poderá ser elegível aos serviços oferecidos pelo Programa de Nutrição Complementar para mulheres, bebês e crianças (WIC).</td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>D. Você ou algum membro da sua família deseja serviços de planejamento familiar gratuitos ou de baixo custo? Se "SIM", ligue para o seu convênio médico ou médico regular.  Ou, para fatos e a localização de clínicas particulares de planejamento familiar, ligue gratuitamente para 1-800-942-1054.</td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>		SIM	NÃO	A. Check-ups regulares para ajudar a proteger a saúde da sua família estarão disponíveis, se necessário, através do programa para a Saúde e Prevenção de Deficiências para Crianças e Adolescentes (CHDP) aos membros elegíveis da sua família menores de 21 anos. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deseja mais informações sobre os Serviços de CHDP? . . . . .</li> <li>• Deseja receber os serviços médicos de CHDP? . . . . .</li> <li>• Deseja receber os serviços odontológicos do CHDP? . . . . .</li> <li>• Você precisa de ajuda para marcar consultas ou com transporte para os Serviços de CHDP? . . . . .</li> </ul>			B. Se alguma mulher na família estiver grávida, você poderá receber ajuda para encontrar um médico, obter alimentos saudáveis etc. Deseja falar com alguém sobre esse tipo de ajuda?			C. Alguma mulher da família está amamentando? . . . . . Se "SIM", o nascimento ocorreu nos últimos 12 meses? . . . . .  Se você marcou "SIM" para as perguntas 33 B ou C, poderá ser elegível aos serviços oferecidos pelo Programa de Nutrição Complementar para mulheres, bebês e crianças (WIC).			D. Você ou algum membro da sua família deseja serviços de planejamento familiar gratuitos ou de baixo custo? Se "SIM", ligue para o seu convênio médico ou médico regular.  Ou, para fatos e a localização de clínicas particulares de planejamento familiar, ligue gratuitamente para 1-800-942-1054.			<p><input type="checkbox"/> CHDP Brochure and Explanation Given Date: _____ <input type="checkbox"/> Referral</p> <p><input type="checkbox"/> Pregnant <input type="checkbox"/> Parent or Guardian of child under 5 <input type="checkbox"/> Breastfeeding <input type="checkbox"/> Postpartum <input type="checkbox"/> WIC referral</p> <p><input type="checkbox"/> Family Planning Information Given <input type="checkbox"/> Referred Date _____</p>															
	SIM	NÃO																													
A. Check-ups regulares para ajudar a proteger a saúde da sua família estarão disponíveis, se necessário, através do programa para a Saúde e Prevenção de Deficiências para Crianças e Adolescentes (CHDP) aos membros elegíveis da sua família menores de 21 anos. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deseja mais informações sobre os Serviços de CHDP? . . . . .</li> <li>• Deseja receber os serviços médicos de CHDP? . . . . .</li> <li>• Deseja receber os serviços odontológicos do CHDP? . . . . .</li> <li>• Você precisa de ajuda para marcar consultas ou com transporte para os Serviços de CHDP? . . . . .</li> </ul>																															
B. Se alguma mulher na família estiver grávida, você poderá receber ajuda para encontrar um médico, obter alimentos saudáveis etc. Deseja falar com alguém sobre esse tipo de ajuda?																															
C. Alguma mulher da família está amamentando? . . . . . Se "SIM", o nascimento ocorreu nos últimos 12 meses? . . . . .  Se você marcou "SIM" para as perguntas 33 B ou C, poderá ser elegível aos serviços oferecidos pelo Programa de Nutrição Complementar para mulheres, bebês e crianças (WIC).																															
D. Você ou algum membro da sua família deseja serviços de planejamento familiar gratuitos ou de baixo custo? Se "SIM", ligue para o seu convênio médico ou médico regular.  Ou, para fatos e a localização de clínicas particulares de planejamento familiar, ligue gratuitamente para 1-800-942-1054.																															

# CERTIFICAÇÃO

## Compreendo que:

- Todos os dados fornecidos, incluindo os fatos sobre benefícios e rendimentos, serão conferidos junto aos registros locais, estaduais e federais, como empregadores, a Administração de Identidade Nacional, pagamentos de impostos, previdência, agências de auxílio ao desemprego, frequência escolar etc. No caso do auxílio em dinheiro e do CalFresh, os registros serão conferidos junto às agências de manutenção e garantia da lei para a verificação de mandatos de prisão.
- Todos os fatos fornecidos incluindo os fatos sobre benefícios e rendimentos, poderão ser revistos e verificados pelo pessoal do condado, estado e federação e, caso eu tenha fornecido dados incorretos, meu auxílio em dinheiro, CalFresh e Medi-Cal poderão ser recusados ou interrompidos.
- Meu caso pode ser escolhido para revisões a fim de garantir que a minha elegibilidade foi calculada corretamente e devo cooperar plenamente com o pessoal do meu condado, estado ou federação durante qualquer investigação ou revisão, incluindo as revisões de controle de qualidade.
- O condado enviará os fatos para Serviço de Imaginação e Naturalização (USCIS) para verificar o status de imigração e os fatos fornecidos ao condado pelo USCIS poderão afetar a minha elegibilidade ao auxílio em dinheiro, CalFresh e Medi-Cal completo. No entanto, se eu estiver solicitando somente o Medi-Cal E não for (a) um residente legal permanente (LPR), (b) um estrangeiro sob anistia com um I-688 válido e atual ou (c) um estrangeiro com residência permanente nos Estados Unidos critério governamental (PRUCOL), o condado não enviará os fatos ao USCIS.
- Devo solicitar e manter qualquer cobertura médica disponível se nenhum custo estiver envolvido; caso não faça isso, meu Medi-Cal será recusado ou interrompido.
- Eu ou qualquer membro da minha família, terá que devolver qualquer auxílio em dinheiro que não deveria ter sido pago.
- A resistência com CalFresh, qualquer membro adulto da resistência com CalFresh (mesmo que se mude para outro lugar), o patrocinador de um não cidadão membro da residência ou o representante autorizado dos residentes em uma instituição elegível terá de devolver quais quer benefícios que a residência não deveria ter recebido.
- Qualquer membro da minha resistência que esteja evitando ou fugindo da lei para evitar perseguição por crimes, custódia ou confinamento depois da acusação ou em violação à liberdade condicional não poderá receber auxílio em dinheiro ou CalFresh.
- Para auxílio em dinheiro e CalFresh, o condado exigirá que eu e certos membros da residência forneçamos nossas impressões digitais e imagem fotográfica. Todos os benefícios poderão ser recusados ou interrompidos se não cooperarmos.

## Também entendo que:

Sofrerei penalidades de desqualificação e/ou fraude à assistência social se fornecer intencionalmente fatos incorretos ou falhar ao relatar todos os fatos ou situações que afetem minha elegibilidade ou benefícios de auxílio em dinheiro, CalFresh e Medi-Cal.

### Para auxílio em dinheiro:

- Se eu não seguir as regras de auxílio em dinheiro, Poderei ser multado em até \$10,000 e/ou enviado à prisão por 3 anos. Além disso, meu auxílio em dinheiro poderá ser interrompido.
  - Pela não informação de todos os fatos ou fornecimento de fatos errados: 6 meses para a primeira infração, 12 meses para a segunda, ou permanentemente para a terceira; e no caso de Assistência Monetária para Refugiados, 3 meses para a primeira infração e 6 meses para qualquer infração posterior.
  - Pelo envio de uma ou mais solicitações para obter auxílio em mais de um caso no mesmo período: 2 anos na primeira acusação, 4 anos na segunda ou permanentemente na terceira.
  - Pela acusação de roubo para obter auxílio: 2 anos para o roubo de valores menores que \$2,000; 5 anos para valor de \$2,000 a \$4,999.99; e permanentemente para valores iguais ou maiores que \$5,000.
  - Pelo fornecimento ao condado uma prova falsa de residência a fim de obter auxílio em dois ou mais condados ou estados ao mesmo tempo; fornecimento ao condado de fatos errados sobre uma criança inelegível ou inexistente; recebimento de mais de \$10,000 em benefícios em dinheiro por meio de fraude; pela condenação pela terceira vez por fraude em um tribunal ou audiência administrativa: permanentemente.

### Para CalFresh:

- Se eu não guiar as regras do CalFresh intencionalmente, meu CalFresh poderá ser interrompido por 12 meses na primavera violação, 24 meses na segunda e permanentemente na terceira. Além disso, poderei ser multado em até \$250,000 e/ou preso por 20 anos.
- Se for considerado culpado em um tribunal por:
  - Troquei ou vendi o CalFresh por armas de fogo, munições ou explosivos, o meu CalFresh poderá ser interrompido permanentemente na primeira violação.
  - Troquei ou vendi o CalFresh por substâncias controladas, o meu CalFresh poderá ser interrompido por 24 meses na primeira violação e permanentemente na segunda.
  - Troquei ou vendi CalFresh no valor de \$500 ou mais, o meu CalFresh poderá ser interrompido permanentemente.
  - Enviei duas ou mais solicitações ao mesmo tempo para obter os benefícios do CalFresh ou forneci uma identidade ou informações de residência falsas ao condado, o meu CalFresh poderá ser interrompido por 10 anos.

**Declaro, sob pena de perjúrio segundo as leis dos Estados Unidos da América e do Estado da Califórnia, que as informações contidas neste comunicado dos fatos são verdadeiras, corretas e estão completas.**

ASSINATURA (PAI/MÃE OU RESPONSÁVEL COM ALGUM PARENTESCO, CANDIDATO AO MEDI-CAL, MEMBRO ADULTO DA RESIDÊNCIA COM CALFRESH OU REPRESENTANTE AUTORIZADO DO VAE-REFEIÇÃO)

ASSINATURA (OUTRO PAI/MÃE MORANDO NA RESIDÊNCIA, NO CASO DE AUXÍLIO EM DINHEIRO) DATA

ASSINATURA DA TESTEMUNHA, INTÉRPRETE OU PESSOA REPRESENTANDO O CANDIDATO/BENEFICIÁRIO

DATA