



MEDICAID RECIPIENT
123 MAIN ST
CITY, RI 12345

How to Contact Us

Go Online : <https://healthyrhode.ri.gov>

For questions about affordable health coverage,
call HealthSource RI at 1-855-840-4774

For questions about affordable health coverage or
human services programs, call Department of
Human Services at 1-855-MY-RI-DHS
(1-855-697-4347)

AVISO DE RECERTIFICAÇÃO/RENOVAÇÃO

Ação necessária: Reveja a informação que temos em arquivo para si

Porque está a receber este aviso?

Chegou o momento de revermos a elegibilidade para os programas seguintes: Caso o seu nome não esteja listado na caixa em baixo, preencha, assine e envie de volta este formulário, juntamente com o comprovativo solicitado, caso contrário, os seus benefícios poderão terminar.

todos os anos, devemos rever o seu caso para descobrir se ainda se qualifica para o Medicaid. decidimos se ainda se qualifica com base nas informações que nos forneceu. Em seguida, verificamos essas informações usando ferramentas de verificação eletrónica. Não foi possível determinar se você ou um membro do seu agregado familiar ainda se qualifica para o Medicaid com base nas informações que nos forneceu. Para continuar a sua elegibilidade ao Medicaid e não perder a cobertura, por favor, leia atentamente este formulário e escreva as informações alteradas sobre o beneficiário. Certifique-se que assina e devolve todo o formulário de renovação.

Nome do programa	Nome	Data prevista para fim do benefício atual
Medicaid	MEDICAID RECIPIENT #1 MEDICAID RECIPIENT #2 MEDICAID RECIPIENT #3 MEDICAID RECIPIENT #4	05/31/2023

Para garantir que os seus benefícios não serão terminados, envie de volta este Formulário de Renovação dentro de 30 dias após a data desta notificação para permitir um tempo de processamento. Cada programa pode ter procedimentos de renovação diferentes. Leia as informações em baixo para saber como renovar a sua elegibilidade para cada programa.

Caso tenha dúvidas ou necessite de ajuda no preenchimento do formulário, contacte 1-855-MY-RI-DHS (1-855-697-4347).

For more information visit <https://healthyrhode.ri.gov>
Para más informacón visite <https://healthyrhode.ri.gov>
Para mais informações visite <https://healthyrhode.ri.gov>



Como renovo? [REDACTED]

MEDICAID:

Caso lhe tenhamos dito que a sua cobertura Medicaid está agendada para cessar, tal significa que precisamos de alguma informação da sua parte para decidir se ainda é elegível. A informação que precisamos da sua parte é referida na notificação abaixo.

- Correio: Se optar por responder por correio, escreva as informações que foram alteradas na coluna “Informações atualizadas” deste aviso. SE NENHUMA INFORMAÇÃO ESTIVER PRÉ-IMPRESSA E ESTIVER A DEVOLVER ESTE FORMULÁRIO, PREENCHA AS CAIXAS COM “INFORMAÇÕES ATUALIZADAS”. Certifique-se de assinar e datar o formulário. O formulário pode ser enviado para o endereço no topo deste aviso.
- Entrega num escritório do DHS: Se optar por entregar o formulário num escritório do DHS, siga as instruções assinaladas acima para a opção de correio. Para localizações de escritórios, visite www.dhs.ri.gov ou ligue para 1-855-MY-RI-DHS (1-855-697-4347).
- Online: Você também pode aceder à sua conta de usuário em <https://healthyrhode.ri.gov> e fazer as alterações.

Que alterações tenho que notificar?

- Rendimento: Precisamos saber sobre quaisquer alterações no rendimento do beneficiário e de qualquer cônjuge ou dependentes que são considerados na determinação do valor que deve ser pago para o custo dos cuidados a cada mês.
- Recursos: Também precisamos saber se os recursos do beneficiário aumentaram e/o se algum recurso que o beneficiário possui em definitivo ou em conjunto foi vendido ou transferido para outra pessoa.
- Endereço e disposição de residência: Informe-nos se o beneficiário se mudou ou mudou de endereço, entrou ou saiu de uma residência de vida assistida, casa de repouso ou casa de grupo, ou está numa nova ou tem alteração de residência partilhada num novo ou diferente.
- Circunstâncias familiares e domésticas: Precisamos saber se houve mudanças no agregado familiar do beneficiário, como, por exemplo, se o cônjuge ou um dependente de um beneficiário morreu, divorciou-se, casou-se com outra pessoa ou mudou-se ou vendeu uma casa que NÃO é contada como um recurso.
- Estatuto de Imigração: Deve informar-nos se o estatuto de imigração de um beneficiário não cidadão e/o de um patrocinador mudou desde a data de solicitação inicial ou da última renovação.

Como o meu Medicaid será renovado?

- Se lhe foi solicitado fornecer documentos adicionais ou notificou-nos de alterações, analisaremos as informações que nos fornecer e decidiremos se é elegível para renovar a sua cobertura de saúde do Medicaid. Antes da data de renovação, enviaremos outra carta informando o que decidimos ou se precisamos de mais informações.

Caso precise de espaço adicional, utilize a nossa secção Comentários de clientes neste

For more information visit <https://healthyrhode.ri.gov>
Para más información visite <https://healthyrhode.ri.gov>
Para mais informações visite <https://healthyrhode.ri.gov>



Account #: [REDACTED]

formulário de renovação.

Se você quer solicitar programas adicionais, você deve preencher uma nova Solicitação de Assistência (DHS-2) ou aplicar on-line em healthyrhode.ri.gov. Contacte-nos através do número de telefone listado acima para solicitar uma nova candidatura ou visite www.dhs.ri.gov para imprimir uma.

Informações atuais da conta

Verifique a informação abaixo. Se a informação tiver sofrido alterações, atualize-a na coluna "Informação atualizada" à direita.

Informação de contacto do principal requerente

A informação de contacto em baixo relativa ao primeiro requerente ainda está correta? Sim Não - indique a informação atualizada em baixo.

	Informação atual	Informação atualizada
Endereço domiciliário	123 MAIN ST CITY, RI 12345	
Endereço postal (caso seja diferente do endereço domiciliário)	123 MAIN ST CITY, RI 12345	
Número de telefone	123-456-7890	
Número de telefone para que a DHS o contacte para a entrevista agendada (se aplicável)		
E-mail		
Língua falada preferida	Portuguese	
Língua lida preferida	Portuguese	

Precisa de um intérprete? Sim Não

Se necessários, os serviços de intérprete são fornecidos gratuitamente.

Membros atuais do agregado familiar

Todas as pessoas listadas continuam a viver na sua casa? Sim Não - se não, indique a data em que a(s) pessoa(s) saíram da sua casa.

For more information visit <https://healthyrhode.ri.gov>
Para más informacón visite <https://healthyrhode.ri.gov>
Para mais informações visite <https://healthyrhode.ri.gov>



Account #: XXXXXXXXXX

Nome	Data de nascimento	Relação com o principal requerente	Programa(s) renovado(s)	Adquirem e confeccionam refeições em conjunto?	Data em que a pessoa saiu da casa*
RECIPIENT #1	DD/MM/YYYY	Self	Medicaid	NA	
RECIPIENT #2	DD/MM/YYYY	Child of	Medicaid	NA	
RECIPIENT #3	DD/MM/YYYY	Child of	Medicaid	NA	
RECIPIENT #4	DD/MM/YYYY	Spouse of	Medicaid	NA	

*Exemplos de saída de casa: nova residência, prisão, hospital, dormitório, lar de idosos, programa residencial, assistência domiciliária, comunidade, residência partilhada.

Novos membros do agregado familiar

Preencha a tabela abaixo para adicionar os nomes de alguém não listado acima, incluindo alguém que tenha começado a viver na sua casa.

Caso precise de espaço adicional, utilize a nossa secção Comentários de clientes neste formulário de renovação.

Se alguma das pessoas que começaram a viver na sua casa se candidatar a benefícios, marque as caixas adequadas na coluna à direita.

Nome do novo membro do agregado familiar	Data de nascimento	NÚMERO DE SEGURANÇA SOCIAL (responda apenas caso se esteja a candidatar a benefícios)	Cidadão dos EUA? (responda apenas caso se esteja a candidatar a benefícios)	Relação com o principal requerente	Benefícios solicitados
	___/___/___	___-___-___	[] Sim [] Não		[] SNAP [] RIW [] Medicaid [] CCAP [] GPA
	___/___/___	___-___-___	[] Sim [] Não		[] SNAP [] RIW [] Medicaid [] CCAP [] GPA

Alguém no seu agregado familiar é cego, deficiente, está grávida ou vive numa instituição ou residência comunitária?

Sim - Indique informações em baixo Não

For more information visit <https://healthyrhode.ri.gov>
 Para más informacón visite <https://healthyrhode.ri.gov>
 Para mais informações visite <https://healthyrhode.ri.gov>



Account #: [REDACTED]

Nome	Esta pessoa foi determinada cega ou deficiente por uma agência governamental	Esta pessoa está grávida?	Esta pessoa vive atualmente numa instituição ou residência comunitária? Especifique*
	[] Sim [] Não	[] Sim [] Não	[] Sim, _____ [] Não
	[] Sim [] Não	[] Sim [] Não	[] Sim, _____ [] Não

*A viver numa instituição (Especifique: hospital, lar de idosos, programa residencial, prisão);

*A viver numa residência comunitária (Especifique: assistência domiciliária, comunidade, residência partilhada).

Rendimento de trabalho

Abaixo está a informação que temos sobre as pessoas no seu agregado familiar que têm rendimentos de trabalho. Anexe um comprovativo de rendimento relativo aos últimos 30 dias, mesmo se não existirem alterações (não obrigatório para a Medicaid).

A informação abaixo está correta? Sim Não

Se não, indique a informação correta e qualquer nova informação sobre o rendimento nas linhas vazias fornecidas na tabela abaixo.

Tenha em atenção que nem todos os rendimentos que declarou podem contar para a nova certificação.

Inclua o rendimento de trabalho independente, por exemplo, dinheiro recebido de um negócio, do cuidado de crianças que não vivem em sua casa, ou rendimento proveniente de uma propriedade de arrendamento que seja propriedade de ou gerida por um beneficiário no agregado familiar.

Nome	Estado de emprego	Nome e morada da entidade patronal	Rendimento mensal total*

*Rendimento mensal total: rendimento antes de qualquer dedução

Rendimento de outros Recursos

Abaixo estão as informações que temos sobre o rendimento não auferida. Por favor, anexar o comprovante de rendimento para os últimos 30 dias, mesmo que não hajam alterações (não é necessário para o Medicaid).

Esta seção examina os rendimentos provenientes de fontes que não sejam de trabalho, como Seguro Social, Reforma, Seguro de invalidez ou Benefícios de sobreviventes (RSDI), benefícios de veteranos

For more information visit <https://healthyrhode.ri.gov>
Para más información visite <https://healthyrhode.ri.gov>
Para mais informações visite <https://healthyrhode.ri.gov>



Account #: [REDACTED]

incluindo pensões e pagamentos de auxílio e assistência, benefícios de desemprego, aluguer ou renda imóvel, Rendimento Suplementar de Segurança (SSI), Seguro de Incapacidade Temporária (TDI), Remuneração do Trabalhador, juros / dividendos sobre contas financeiras, subsídio de adoção, Distribuição militar / dependente, pensão alimentícia e / ou pensão de cônjuge.

As informações abaixo estão corretas? Sim Não

Se não, indique a informação correta e qualquer nova informação sobre o rendimento nas linhas vazias fornecidas na tabela abaixo.

Tenha em atenção que nem todos os rendimentos que declarou podem contar para a recertificação.

Nome	Tipo de renda	Montante	Quantas vezes recebido
MEDICAID RECIPIENT	Unemployment Income	\$ 350.00	Weekly

Os rendimentos exibidas nas seções Trabalho e Rendimento de Outros Recursos deste aviso afetam os seus benefícios do Medicaid que estão em fase de renovação. Estas são os únicos rendimentos para os quais precisamos de informações atualizadas. Por favor, relate quaisquer novas fontes de rendimento no espaço fornecido.

Horário da assistência a menor

Se você estiver a receber cuidados infantis, preencha os espaços abaixo com o seu horário de trabalho atual e a necessidade de serviços.

For more information visit <https://healthyrhode.ri.gov>
Para más informacón visite <https://healthyrhode.ri.gov>
Para mais informações visite <https://healthyrhode.ri.gov>



Account #: XXXXXXXXXX

Motivo da necessidade <i>(marque tudo o que se aplicar)</i>	<input type="checkbox"/> Trabalho <input type="checkbox"/> Necessidades especiais devido a um problema de saúde da criança ou de um dos progenitores XXXXXXXXXX			
	<input type="checkbox"/> Conclusão do Ensino Secundário/GED		<input type="checkbox"/> Formação de curto prazo	
	<input type="checkbox"/> Faculdade			
	Progenitor 1 (nome):		Progenitor 2 (nome):	
Dia	Hora de início	Hora de fim	Hora de início	Hora de fim
Segunda-feira				
Terça-feira				
Quarta-feira				
Quinta-feira				
Sexta-feira				
Sábado				
Domingo				
Se o seu horário variar, explique como (pode enviar documentação adicional para verificação).				

Frequência escolar e estado do aluno

Abaixo está a informação que temos sobre as pessoas no seu agregado familiar que frequentam a escola. A informação abaixo está correta? Sim Não

Se não, indique a informação correta e qualquer nova informação nas linhas vazias fornecidas na tabela abaixo.

Nome	Idade	Nome da escola	Frequenta a tempo parcial ou mais? Sim/Não	Nível mais elevado concluído na escola	Recebe estudo de grupo? Sim/Não	Tipo de escola (K-12, faculdade, escola comercial)
RECIPIENT #1	YY	UNKNOWN	No	NA	NA	NA
RECIPIENT #2	YY	UNKNOWN	No	NA	NA	NA
RECIPIENT #3	YY	UNKNOWN	No	NA	NA	NA
RECIPIENT #4	YY	UNKNOWN	No	NA	NA	NA

For more information visit <https://healthyrhode.ri.gov>
 Para más informacón visite <https://healthyrhode.ri.gov>
 Para mais informações visite <https://healthyrhode.ri.gov>



Account #: [REDACTED]

Acesso a outros seguros de saúde

Nome	Nome da pessoa segurada	Nome do plano	Estado de matrícula	Pedido, contrato/grupo e/ou números de ID de membro	Nome e morada da companhia de seguros

For more information visit <https://healthyrhode.ri.gov>
Para más información visite <https://healthyrhode.ri.gov>
Para mais informações visite <https://healthyrhode.ri.gov>



O seu consentimento para partilhar dados para decisões de elegibilidade relativas APENAS À
MEDICAID E COBERTURA DE SAÚDE

Podemos ajudá-lo melhor se pudermos trabalhar com outras agências e profissionais que o conheçam a si e à sua família. Ao assinalar a caixa Concordo está a dar permissão para que obtenhamos, usemos e partilhemos informação confidencial sobre si proveniente de uma variedade de fontes, incluindo o Departamento de Trabalho e Formação de R.I., o Departamento de Serviços Humanos de R.I., o Gabinete Executivo de Saúde e Recursos Humanos de R.I., o Departamento de Saúde de R.I., o Departamento de Correções de R.I. e o Experian em nome dos Centros de Serviços Medicaid e Medicare (CMS) e a Administração de Segurança Social.

Não iremos recusar-lhe quaisquer benefícios ou acesso a quaisquer programas a que tenha direito apenas por não nos dar permissão para obter, usar e partilhar informação confidencial. No entanto, o seu consentimento é necessário para determinar ou renovar a sua elegibilidade através de fontes de dados eletrónicos para outros programas, tais como seguros de saúde privados através do HealthSourceRI.

Pode continuar a procurar e adquirir cobertura de seguro de saúde sem dar este consentimento, contactando o nosso Centro de Contacto através do 1-855-840-HSRI (4774), mas se gostaria de saber se é elegível para ajuda financeira para adquirir cobertura, se for elegível para Medicaid, será necessário dar este consentimento.

Toda a partilha e utilização da informação que está a autorizar ao assinalar a caixa "Concordo", será feita de acordo com todas as leis e regulamentos estaduais e federais que protegem a sua privacidade, incluindo, entre outras: A lei de Responsabilidade e portabilidade de seguro de saúde (Health Insurance Portability and Accounting Act) de 1996 (Pub. L. 104-191); A legislação de Confidencialidade de comunicação e informação de cuidados de saúde (Confidentiality of Health Care Communications and Information) de R.I (R.I.G.L. 5-37.3-1 et seq.); R.I.G.L. 28-32-5, 28-36-12, 28-42-38, 28-39-19, 28-39-22, 40.1-5-26, 23-3-23, 42-12-22, 40-6-12 e todas as outras leis e regulamentos aplicáveis. A informação será partilhada por transferência informática.

Ao assinalar a primeira caixa em baixo, concordo com a obtenção e utilização da informação confidencial sobre mim para determinar a minha elegibilidade inicial e contínua para inscrição em cobertura de seguro de saúde de financiamento público, ou em outros programas de financiamento público administrados através deste site, para planear, providenciar e coordenar benefícios e pagamentos.

- Concordo em dar o meu consentimento para a partilha de dados para decisões de elegibilidade.

- Não concordo em dar o meu consentimento e compreendo que a minha elegibilidade para outros programas poderá ser afetada por esta decisão.

For more information visit <https://healthyrhode.ri.gov>
Para más informacón visite <https://healthyrhode.ri.gov>
Para mais informações visite <https://healthyrhode.ri.gov>



AVISO DE PENALIZAÇÃO

A minha assinatura em baixo indica que li ou que me leram os Direitos e Responsabilidades em anexo a este formulário. Sob pena de perjúrio, afirmo que todas as minhas respostas neste formulário de renovação estão corretas e completas, segundo o meu conhecimento, incluindo informações sobre cidadania e estado de imigração e a identidade dos menores mencionados neste formulário. Compreendo que estou a violar a lei se fornecer deliberadamente informações erradas, e que posso ser punido ao abrigo da lei federal, estadual, ou ambas.

Assinatura do Requerente ou Destinatário	Data	Assinatura do representante autorizado	Data
Assinatura do cônjuge ou do outro progenitor da criança	Data	Assinatura da pessoa que o ajuda a preencher este formulário	Data
Assinatura do tutor, conservador ou procurador	Data	Assinatura do representante da agência (apenas para utilização oficial)	Data

Requerimento de registo de eleitor do estado de Rhode Island

Se não estiver registado como eleitor na sua morada atual, gostaria de se registar? Sim Não
 NOTA: Se não assinalar nenhuma das caixas, considera-se que decidiu não se registar neste momento como eleitor.

Aceitar ou rejeitar registar-se como eleitor não irá afetar o montante de ajuda que será fornecido por este departamento. Se assim o desejar podemos ajudá-lo a preencher o formulário de registo de eleitor. A decisão de aceitar ou rejeitar ajuda é sua. Poderá preencher o formulário de candidatura de registo de eleitor em privado.

Caso acredite que alguém interferiu no seu direito de se registar ou rejeitar registar-se como eleitor, no seu direito de privacidade em decidir se deseja registar-se ou candidatar-se a registar-se como eleitor ou no seu direito em escolher o seu partido político ou outra preferência política, poderá preencher uma queixa junto do Coordenador do Registo de Eleitores, em 50 Branch Avenue, Providence, RI, 02904 ou contactar (401) 222 - 2345.

For more information visit <https://healthyrhode.ri.gov>
 Para más informacón visite <https://healthyrhode.ri.gov>
 Para mais informações visite <https://healthyrhode.ri.gov>



Account #: [REDACTED]

A tabela abaixo mostra-lhe alguns exemplos dos documentos que terá de enviar juntamente com este formulário de renovação. Devolva este formulário de renovação preenchido, mesmo que não tenha todos estes documentos. Se precisar de ajuda para obter estes documentos, poderá contactar o DHS através do número de telefone listado na página 1 deste formulário.

Também pode enviar os seus documentos através da aplicação móvel HealthyRhode, disponível para descarregar no seu telemóvel.

Rendimento de emprego	Recibos de vencimento ou declaração da entidade patronal que mostre o rendimento antes dos impostos, datas de pagamento, horário de trabalho e o número de horas trabalhadas nas últimas quatro semanas
Nova morada e custos de abrigo	Recibo de renda, livro de pagamentos de hipoteca, contrato de arrendamento, declaração da HUD, declaração da pessoa que partilha os custos de abrigo, contas de serviços públicos, declaração da empresa de serviços públicos, declaração do senhorio, incluindo morada e quantia paga
Pensão de alimentos de menores que paga	Se a sua obrigação de pagar pensão de alimentos de menores tiver mudado, forneça uma cópia da ordem do tribunal.
Rendimento não laboral	Cópia mais recente da verificação da Segurança Social ou carta de atribuição, prova de desemprego, seguro de acidentes de trabalho, pensão, pensão de alimentos de menores, pensão de alimentos de ex-cônjuge, TDI
Despesas de assistência a dependentes	Recibo que mostre as suas despesas de assistência a menores ou despesas de cuidados com um membro do agregado familiar idoso ou incapacitado, pagas por si
Recursos/veículos	Extratos de conta bancária (poupanças, à ordem, declarações de união de crédito e/ou CD); ações ou obrigações; documentação de propriedade de um fundo; prova de propriedade de bens imobiliários além da sua casa; prova de propriedades arrendadas; registo de propriedade de veículos, incluindo carro, barco, carrinha, mota, rulote; prova de outras propriedades que gerem rendimentos; prova de propriedade de um talhão no cemitério (se tiver mais do que um)

For more information visit <https://healthyrhode.ri.gov>
Para más información visite <https://healthyrhode.ri.gov>
Para mais informações visite <https://healthyrhode.ri.gov>



COMENTÁRIOS DE CLIENTE (também pode comunicar informações adicionais aqui)

[Empty comment box]

For more information visit <https://healthyrhode.ri.gov>
Para más información visite <https://healthyrhode.ri.gov>
Para mais informações visite <https://healthyrhode.ri.gov>





RHODE ISLAND FORMULÁRIO PARA REGISTRO DE ELEITORES

Escreva claramente em letras de forma a caneta. Todas as informações são necessárias, exceto quando marcadas como opcionais.

VOCE PODE USAR ESTE FORMULÁRIO PARA:

- Registrar para votar em Rhode Island.
- Mudar seu nome e/ou endereço no seu registro.
- Escolher um partido político ou mudar de partido.

PARA SE REGISTRAR PARA VOTAR EM RI VOCÊ PRECISA:

- Ser um residente legal de Rhode Island.
- Ser cidadão americano.
- Ter, no mínimo, 16 anos de idade.
(Você precisa ter, no mínimo 18 anos de idade para votar no dia das eleições)

INSTRUÇÕES

Caixa 2: OBRIGATÓRIO. Os cidadãos de Rhode Island que tiverem, no mínimo, 16 anos de idade podem se pré-registrar para votar usando este formulário. Se você não marcar uma destas caixas, este formulário lhe será devolvido. Se você marcou **NÃO** em alguma destas afirmações, não preencha este formulário.

Caixa 3: Se você estiver se registrando para votar pela primeira vez em Rhode Island pelo correio ou se outra pessoa entregar este formulário por você, é **OBRIGATÓRIO** que você forneça o número da sua carteira de motorista ou número de identidade estadual emitidos pelo Departamento de Veículos Motores (DMV) de RI. Caso não tenha nenhum dos dois, você deve fornecer os 4 últimos dígitos do seu Social Security Number. Se não puder fornecer as informações acima ou caso elas não possam ser verificadas, será necessário que você apresente identificação para uma autoridade eleitoral antes de votar. As formas de identificação aceitáveis estão no site do Conselho Eleitoral em <http://www.elections.ri.gov> ou entre em contato com o seu Conselho de Cabos Eleitorais local (veja o verso deste formulário).

Caixa 5: Uma pessoa pode ter apenas uma residência legal. Você precisa se registrar da sua residência legal. Uma Caixa Postal ou rota rural pode ser usada apenas como "Endereço para correspondência" na Caixa 6.

Caixa 9: Caso queira se filiar para votar, escolha um partido. Se deixar a Caixa 9 em branco, você será listado como não filiado.

Caixa 10: Você deve ASSINAR e DATAR o formulário de registro. Se você não assinar e datar o formulário, ele lhe será devolvido.

Caixa 11: Se você estiver atualizando o seu registro de eleitor porque mudou seu nome legalmente, informe o seu nome legal anterior.

Caixa 12: Se você estiver atualizando o seu registro de eleitor por mudança de endereço, informe o seu endereço anterior, **mesmo que seja de outro estado.**

Você receberá uma confirmação de recebimento deste formulário de registro de eleitores dentro de 3 semanas. Caso não a receba, entre em contato com o seu Conselho de Cabos Eleitorais local (veja o verso deste documento para visualizar a lista). Para perguntas e prazos relacionados a este formulário, visite o site do Conselho Eleitoral em <http://www.elections.ri.gov> ou entre em contato com o seu Conselho de Cabos Eleitorais local (veja o verso deste documento para visualizar a lista).

(Este formulário pode ser reproduzido)

1. Marque as caixas que se aplicam: <input type="checkbox"/> Registro de novo eleitor <input type="checkbox"/> Mudança de endereço <input type="checkbox"/> Troca de partido <input type="checkbox"/> Mudança de nome					
2. Sou cidadão americano e residente em Rhode Island. Tenho, no mínimo, 16 anos de idade. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Você precisa ter, no mínimo, 18 anos de idade para votar.)		3. Número da carteira de motorista ou ID de RI: <input type="text"/> Caso não tenha uma carteira de motorista ou ID de RI, informe os 4 últimos dígitos do seu social security number: <input type="text"/> Se não informar nenhum destes números, veja as instruções para Caixa 3.			
4. Sobrenome <input type="text"/>		Sufixo (se houver) <input type="text"/>		Nome <input type="text"/>	
5. Endereço residencial (não informe caixa postal) <input type="text"/>		Apt <input type="text"/>		Cidade/Município <input type="text"/>	
				Estado RI ZIP Code <input type="text"/>	
6. Endereço para correspondência (se diferente da Caixa 5) <input type="text"/>		Apt <input type="text"/>		Cidade/Município <input type="text"/>	
				Estado <input type="text"/>	
7. Data de nascimento (mm/dd/aaaa) <input type="text"/>		8. Número de telefone / endereço de e-mail (opcional) <input type="text"/>		9. Filiação partidária: <input type="checkbox"/> Democrata <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Republicano <input type="checkbox"/> Não filiado <input type="checkbox"/> Outro <input type="text"/>	
Mês <input type="text"/>		Dia <input type="text"/>		Ano <input type="text"/>	
10. Presto juramento ou afirmo que: - Não estou encarcerado em um instituto correccional por condenação por crime doloso. - Não sou presentemente considerado "mentalmente incompetente" para votar por um tribunal. - As informações que forneci são verdadeiras salvo melhor juízo, sob pena de perjúrio. Se tiver fornecido falsas informações, posso ser multado, encarcerado, ou (caso não seja cidadão americano) deportado ou banido de entrar nos Estados Unidos.				Uso oficial para código de barras	
ASSINE O NOME COMPLETO OU MARQUE ABAIXO <input type="text"/>				Data da assinatura: <input type="text"/> (mm/dd/aaaa)	
				Você está interessado em trabalhar nas apurações? <input type="checkbox"/>	
Aviso: se você assinar este formulário sabendo que ele é falso, você pode ser condenado e multado em até \$5.000 ou preso por até 10 anos.					
11. NOME ANTERIOR (se diferente da Caixa 4) <input type="text"/>			12. ENDEREÇO ANTERIOR DE REGISTRO (Cidade/Município, Estado, ZIP e Condado) <input type="text"/>		

02/2012 Regs
Form.Revisado 12/2012

For more information visit <https://healthyrhode.ri.gov>
Para más información visite <https://healthyrhode.ri.gov>
Para mais informações visite <https://healthyrhode.ri.gov>



Endereço de retorno



Postagem necessária Os correios não entregarão sem a devida postagem.

Enviar para: **BOARD OF CANVASSERS**

*****DOBRE AQUI E COLE NO TOPO*****

INSTRUÇÕES PARA ENVIAR PELO CORREIO O FORMULÁRIO DE REGISTRO DE ELEITOR

Um requerente que prefira enviar pelo correio seu formulário de registro de eleitor deve fazê-lo da seguinte maneira:

- 1. Dobre o formulário na linha pontilhada e cole a parte inferior ao topo do formulário.
2. A partir da lista abaixo, localize o endereço do conselho de cabos eleitorais na cidade ou município no qual você está se registrando para votar e escreva aquele endereço no espaço apropriado sob "Mail To: BOARD OF CANVASSERS" (Enviar ao CONSELHO DE CABOS ELEITORAIS) no lado endereçado do formulário de registro de eleitor. Escreva o seu endereço de retorno no espaço devido.

AVISO: É contra a lei que qualquer pessoa interfira com a sua privacidade ao registrar para votar ou escolher um partido político. Se você acredita que alguém tenha interferido com o seu direito ou não de se registrar, ou com a sua privacidade ao tomar esta decisão, ou ao escolher um partido político, você pode apresentar uma queixa junto ao State Board of Elections, 50 Branch Avenue, Providence, Rhode Island 02904.

CONSELHOS DE CABOS ELEITORAIS LOCAIS

Table with 4 columns listing local election boards across Rhode Island, including locations like Barrington, Exeter, and Smithfield.

Perguntas sobre o registro de eleitores podem ser endereçadas para:

Rhode Island Board of Elections
50 Branch Avenue
Providence, RI 02904
elections@elections.ri.gov

For more information visit https://healthyrhode.ri.gov
Para más información visite https://healthyrhode.ri.gov
Para mais informações visite https://healthyrhode.ri.gov



Account #: [REDACTED]

Requisitos de comunicação de alteração

O Rhode Island Health Benefits Exchange requer que comunique as alterações que possam afetar a sua elegibilidade e participação ou a de qualquer membro do seu lar familiar. Tem de comunicar qualquer uma das alterações seguintes que o afetem a si ou a qualquer membro do seu agregado familiar no prazo de 10 dias:

- Endereço da residência;
- Morada postal;
- Rendimento;
- Estado Civil;
- Pessoas que entraram ou saíram de sua casa, ou quem esteja na sua unidade de declaração de impostos;
- Gravidez de qualquer pessoa no seu agregado familiar;
- Estado de prisão ou institucionalização;
- Acesso a outra cobertura de seguro de saúde, incluindo elegibilidade para Medicare ou acesso a seguro através do seu trabalho ou através do trabalho de um familiar;
- Estado de imigração ou cidadania;
- Nascimento, adoção, alojamento para adoção, casamento, divórcio ou morte;
- Estado de declaração de imposto de rendimento federal; ou
- O número de dependentes referidos na declaração de impostos de rendimento federal.

For more information visit <https://healthyrhode.ri.gov>
Para más información visite <https://healthyrhode.ri.gov>
Para mais informações visite <https://healthyrhode.ri.gov>



Você tem o DIREITO de tratamento não discriminatório. De acordo com a lei Federal de direitos civis e com os regulamentos e políticas de direitos civis do Departamento de Agricultura dos Estados Unidos da América (USDA), o USDA, as suas Agências, escritórios e funcionários, e instituições que participam ou administram programas do USDA são proibidos de discriminar com base em raça, cor, nacionalidade, religião, sexo, identidade de gênero (incluindo expressão de gênero), orientação sexual, deficiência, idade, estado civil, estado familiar/parental, rendimento derivado de um programa de assistência social, convicções políticas ou represálias ou retaliação por atividade anterior relacionada com direitos civis, em qualquer programa ou atividade conduzida ou financiada pelo USDA (nem todas as bases se aplicam a todos os programas). Resoluções e prazos de apresentação de reclamações variam de acordo com o programa ou incidente.

Pessoas com deficiências que necessitam de meios alternativos de comunicação para informações sobre os programas (por exemplo: Braille, letras grandes, gravação áudio, linguagem gestual americana, etc.) deverão entrar em contacto com a Agência responsável ou o Centro TARGET do USDA através do (202) 720-2600 (voz e TTY) ou entre em contacto com o USDA pelo Serviço Federal de Retransmissão através do número (800) 877-8339. Adicionalmente, as informações do programa podem ser disponibilizadas noutros idiomas, além do inglês. Para registar uma queixa de discriminação do programa, preencha o Formulário de Reclamação de Discriminação do Programa USDA, AD-3027, que pode encontrar na página on-line em <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/usda-program-discrimination-complaint-form.pdf> e em qualquer escritório do USDA ou escreva uma carta endereçada ao USDA e forneça na carta todas as informações solicitadas no formulário. Para solicitar uma cópia do formulário de reclamação, ligue para o número (866) 632-9992. Envie o seu formulário preenchido ou carta ao USDA por: (1) correio: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; (2) fax: (202) 690-7442; ou (3) correio eletrónico: program.intake@usda.gov. O USDA é um provedor de igualdade de oportunidades, empregador e credor.

De acordo com o Título VI da Lei dos Direitos Civis de 1964 (42 U.S.C. 2000d e segs.), Secção 504 da Lei de Reabilitação de 1973, conforme alterado (29 USC 794), Lei dos Americanos com Deficiência (ADA) de 1990 (42 USC 12101 e segs.) e Título IX das Emendas de Educação de 1972 (20 USC 1681 e segs.), a Lei de Alimentação e Nutrição de 2008 (anteriormente o Food Stamp Act), o Ato de Discriminação de Idade de 1975, regulamentos de implementação do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA (45 CFR Parts 80 e 84) e do Departamento de Educação dos EUA (34 CFR Parts 104 e 106) e do Departamento de Agricultura, Alimentação e Serviços de Nutrição dos EUA (7 CFR 272.6); o Escritório Executivo de Saúde e Serviços Humanos (EOHHS) e o Departamento de Serviços Humanos (DHS) não discriminam com base em raça, cor, nacionalidade, deficiência, religião, crenças políticas, idade ou sexo em aceitação ou provisão de serviços, emprego ou tratamento, em sua educação e outras atividades do programa. Sob outras disposições da lei aplicável, o EOHHS e o DHS não discriminam com base na orientação sexual, identidade de gênero ou expressão. Para obter mais informações sobre estas leis, regulamentos e procedimentos de reclamação para a resolução de queixas de discriminação, entre em contacto com o DHS através da morada 25 Howard Ave, Bldg. 57, Cranston, RI 02920 (401) 462-2971. Para fazer uma chamada utilizando o Rhode Island Relay, marque 7-1-1 ou ligue para um destes números gratuitos: TTY: 1-800-745-5555, Voz: 1-800-745-6575. O Oficial de Ligação de Relações com a Comunidade é o coordenador para a implementação do Título VI, o Administrador do Escritório de Serviços de Reabilitação (ORS) ou o seu designado é o coordenador para a implementação do Título IX, Secção 504, e ADA (Americans with Disabilities Act - Lei dos Americanos com Deficiência). O diretor do DHS ou o seu designado tem a responsabilidade geral pela conformidade dos direitos civis para todos os programas da agência. O Secretário do EOHHS é responsável pelas questões de discriminação relacionadas com o Medicaid e quaisquer queixas serão encaminhadas de acordo.

DIREITOS

Informação sobre a sua Cobertura e Direitos:

Tem o DIREITO de solicitar e, se considerado elegível, de receber prestações Medicaid ou do Programa de Assistência Nutricional Suplementar, com base nas políticas e normas estabelecidas ao abrigo das leis e regulamentos estaduais e federais.

Você pode ter o DIREITO de recorrer e ter uma Audiência Administrativa Justa se não concordar com as nossas decisões. Você pode:

1. Ligue-nos para discutir a decisão do benefício. Contacte-nos para o número de telefone que está no topo da primeira página deste aviso. Certifique-se que tem este aviso e o número do processo/identificação quando nos ligar.

For more information visit <https://healthyrhode.ri.gov>
 Para más informacón visite <https://healthyrhode.ri.gov>
 Para mais informações visite <https://healthyrhode.ri.gov>



Account #: [REDACTED]

2. Recurso para uma Audiência Administrativa Justa. Um recurso é uma solicitação formal para que a decisão seja revista numa audiência administrativa. Por favor, continue lendo para mais informações.

O Que é uma audiência justa?

Uma audiência justa é uma oportunidade para você dizer a um oficial da audiência administrativa porque razões você não concorda com a decisão da agência sobre a sua elegibilidade, benefícios e/ou quaisquer custos que deve pagar. Um representante da agência também estará presente na audiência para explicar a base da decisão da agência. Por lei, o oficial administrativo deve rever os factos do caso apresentado por ambos os lados de maneira justa e objetiva.

Prazos para recursos e pedidos de Audiência Justa

A tabela abaixo explica os prazos para apresentar um recurso para cada programa. Para alguns programas, os seus benefícios ou serviços podem ser continuar a ser prestados até que uma decisão de audiência seja tomada, se você meter um recurso dentro dos prazos mencionados na tabela.

Se falhar este prazo, poderá perder o direito a recorrer. Depois de ter preenchido e submetido o seu recurso, nós marcaremos a sua audiência e emitiremos uma decisão dentro de 90 dias ou 60 dias se a audiência se referir aos seus benefícios do SNAP (Programa de Assistência Nutricional Suplementar).

Uma decisão será emitida em todos os recursos da HealthSource RI dentro de 90 dias da data em que foi submetido o recurso, conforme administrativamente possível.

Programa	Você deve entrar com um recurso em:	Os benefícios continuarão se o recurso for feito dentro de 10 dias do aviso ("Auxílio pendente")?
Medicaid	30 dias após a data de aviso, mais cinco dias para o tempo de envio	Sim, os benefícios continuarão automaticamente, a menos que nos indique o contrário
SNAP	90 dias a partir da data do aviso	Sim, os benefícios continuarão automaticamente, a menos que nos indique o contrário
CCAP	30 dias a partir da data do aviso	Os benefícios podem ser reduzidos até que uma decisão de audiência seja tomada.
GPA	10 dias a partir da data do aviso	Sim, mas o pedido deve ser feito por escrito.
Seguro Comercial de Saúde	30 dias após a data de aviso, mais cinco dias para o tempo de envio	Deve ligar para a HealthSource RI dentro de 30 dias a partir do aviso para solicitar Auxílio pendente.
Todos os outros programas	30 dias a partir da data do aviso	Sim.

Apelações rápidas

For more information visit <https://healthyrhode.ri.gov>
Para más información visite <https://healthyrhode.ri.gov>
Para mais informações visite <https://healthyrhode.ri.gov>



Account #: [REDACTED]

Você tem direito a uma apelação rápida se tiver uma necessidade imediata de serviços de saúde ou benefícios do SNAP e aguardar por uma apelação normal poderia colocar em sério risco sua vida ou saúde, ou capacidade de adquirir, manter ou recuperar função máxima. Devemos decidir apelações rápidas o mais depressa possível, dadas as circunstâncias. Se negarmos a sua solicitação para uma apelação rápida, devemos lhe informar rapidamente e devemos lidar com a sua apelação pelo nosso processo normal.

Direito de Continuar os Benefícios Enquanto Aguarda Audiência

Pode ter o direito de que os seus benefícios continuem inalterados enquanto espera pela sua audiência (isto é chamado de "Auxílio Pendente"). Exceto para o Seguro Comercial de Saúde através do HealthSource RI, se recorrer dentro de 10 dias, na maioria dos casos, irá receber automaticamente o Auxílio Pendente. A menos que possa provar o contrário, para o Medicaid e para o HealthSource RI, presumiremos que recebeu o aviso 5 dias após a data no aviso.

Se tem o Medicaid e recebe Auxílio Pendente, e depois perde o seu recurso, o Estado pode fazer com que pague os seus custos de cobertura do período de Auxílio Pendente. Para o HealthSource RI, o Auxílio Pendente só está disponível se estiver a recorrer a uma redeterminação de elegibilidade que ocorreu no prazo de 30 dias a contar da data do seu recurso, e a solicitação é feita por telefone à HealthSource RI através do número 1-855-840-HSRI (4774). Se está a receber benefícios fiscais para ajudar a pagar os seus prémios e recebe Auxílio Pendente e perde o seu recurso, então pode ficar a dever mais dinheiro aos seus impostos federais, no próximo ano. Se pagar prémios mensais, ainda deve pagar durante o período de Auxílio Pendente.

Se você recebe benefícios de SNAP, RIW ou GPA e receber "auxílio pendente", e então você perder a sua apelação, você pode precisar devolver os benefícios que lhe foram dados, mas aos quais você não tinha direito durante este período.

Direito de se representar e direito de ser representado

Você tem o direito de se representar na audiência ou de ser representado por qualquer pessoa que você escolha, inclusive um procurador, advogado, amigo ou parente.

Assessoria jurídica está disponível junto a Rhode Island Legal Services, Inc. pelos telefones 274-2652 ou 1-800-662-5034. Se você optar por ter representação legal, o representante deve apresentar um pedido de comparecimento junto ao *Hearing Office*, por escrito, antes ou na data da audiência. O pedido de comparecimento funciona como uma autorização para a liberação de informações confidenciais, permitindo que o representante legal tenha acesso ao registro do caso na agência. Também é necessário para que o *Hearing Office* confirme a representação para fins de acompanhamento, revisão, requisição de prorrogações, etc.

Elegibilidade de outros membros do domicílio pode ser afetada

Nossa decisão quanto à apelação pode resultar em mudanças na elegibilidade de outros membros do seu domicílio.

Acesso ao registro do seu caso

Você tem o direito de ver o registro do seu caso, inclusive qualquer evidência que o Estado usará na sua audiência. Para visualizar o registro do seu caso, ligue para nós pelo telefone 1-855-MYRIDHS (1-855-697-4347). Se você estiver apelando de uma medida tomada pela HealthSource RI, você pode requisitar uma cópia do seu registro ligando para: 1-855-840-HSRI (4774).

Resolução informal

Podemos ser capazes de resolver o seu problema rapidamente sem uma audiência. Ligue para 1-855-MYRIDHS (1-855-697-4347) a fim de que possamos rever o seu caso informalmente. Se você estiver

For more information visit <https://healthyrhode.ri.gov>
Para más información visite <https://healthyrhode.ri.gov>
Para mais informações visite <https://healthyrhode.ri.gov>



Account #: [REDACTED]

apelando de uma medida tomada pela HealthSource RI, você pode entrar em contato com a HealthSource RI pelo telefone 1-855-840-HSRI (4774) para requisitar uma revisão informal da sua apelação. Entraremos em contato com você em uma tentativa de resolver a sua apelação informalmente. O seu direito a uma audiência não será impactado pela tentativa de resolver o seu problema informalmente.

Se esta foi a sua inscrição inicial para cobertura por Medicaid, você terá que solicitar por escrito uma audiência dentro dos próximos trinta (30) dias. Para tomar em consideração a demora do correio, os 30 dias começam no quinto dia depois da data escrita nesta notificação. Portanto precisa de solicitar a sua apelação até ao dia 05/06/2023. Se já estiver a receber Medicaid e quiser manter a sua cobertura até haver uma decisão feita na audiência, você terá que apelar por escrito dentro dos próximos dez (10) dias. Mais ma vez, para tomar em consideração a demora do correio, os 10 dias começam no quinto dia depois da data escrita nesta notificação.

Tem o DIREITO de confidencialidade. Ao abrigo da lei estatal, todas as agências que administram programas incluídos como parte desta candidatura estão sujeitas às leis e regulamentos estatais e federais no respeitante à utilização de informação sobre si e outros membros do seu agregado familiar apenas para objetivos diretamente relacionados com a administração de programas e em conformidade com as Normas da Lei de Responsabilidade e Portabilidade de Seguro de Saúde (HIPAA - Health Insurance Portability and Accountability Act), para Privacidade de Informação de Saúde Identificável Individualmente. As restrições HIPAA proíbem-nos de discutir informação de saúde sua ou de qualquer membro do seu agregado familiar com alguém, incluindo representante não autorizado, a não ser que esse indivíduo tenha procuração ou você tenha assinado um formulário de consentimento que autorize a divulgação desta informação. Isto inclui divulgação de informação de saúde mental, HIV, SIDA, resultados de teste de doenças sexualmente transmissíveis ou tratamento e serviços de dependência química.

O EOHSS e DHS não divulgam informação sobre si ou outros elementos do seu agregado familiar sem o seu consentimento, exceto conforme nas Leis Gerais de Rhode Island e , regulamentos definidos no Código administrativo DHS e Códigos Medicaid de Regras administrativas. Qualquer pessoa considerada culpada por violar as provisões das Leis Gerais de Rhode Island deve ser considerada culpada de um delito. Os infratores estão sujeitos a uma multa máxima de duzentos dólares (\$200) ou prisão até seis (6) meses, ou ambos.

Tem o DIREITO de se candidatar a serviços de aplicação de apoio através do Gabinete de Serviços de apoio infantil. Para obter uma candidatura para estes serviços, vá a <http://www.cse.ri.gov/> ou visite o seu Gabinete local de serviços de apoio infantil em 77 Dorrance St., Providence, RI 02903.

Tem o DIREITO de nomear um representante autorizado. Um representante autorizado é uma pessoa designada pelo chefe do agregado familiar ou cônjuge ou qualquer outro membro responsável pelo agregado familiar, para agir em nome do agregado familiar na candidatura aos benefícios de programa ou para a utilização dos benefícios. O representante autorizado para prestações pode, ou não, ser o mesmo indivíduo que foi designado como representante autorizado para o processo de requerimento ou para cumprir os requisitos de relatório. A designação do representante autorizado tem de ser feita por escrito.

RESPONSABILIDADES

Informação sobre a sua Cobertura e Responsabilidades:

Tem a RESPONSABILIDADE de fornecer informação precisa sobre o seu rendimento, recursos e disposições habitacionais nesta candidatura.

Informação de crédito de impostos sobre prémios

For more information visit <https://healthyrhode.ri.gov>
Para más información visite <https://healthyrhode.ri.gov>
Para mais informações visite <https://healthyrhode.ri.gov>



Account #: [REDACTED]

Pode escolher deferir algum valor do seu crédito de impostos sobre prêmios de seguros de saúde e receber o saldo quando entregar a sua declaração fiscal de rendimentos. Poderá ser responsável por devolver créditos de impostos quando preencher a sua declaração fiscal de rendimentos, se a quantia que tiver aplicado ao seu prêmio mensal exceder a quantia a que teria direito, com base no seu rendimento anual total.

A fim de poder ser elegível para créditos de impostos de seguro de saúde, tem de cumprir os seguintes requisitos:

- Entregar a declaração fiscal de rendimentos relativa ao ano para o qual está a receber cobertura de seguro de saúde;
- Comunicar quaisquer alterações que afetem a sua elegibilidade, conforme requerido acima.

Informação sobre reduções de partilha de custos

Com base no seu rendimento pode receber mais ajuda financeira para o seu seguro. As Reduções de Partilha de Custos reduzem o montante que tem de pagar do seu bolso pelos seus cuidados de saúde (ou seja, medicamentos na farmácia, o copagamentos no consultório do médico). Por exemplo, se o seu rendimento diminuir, os seus copagamentos ou dedutíveis poderão diminuir. O nível de reduções depende do rendimento do seu agregado familiar. Se o rendimento do seu agregado familiar mudar, os seus copagamentos e dedutíveis poderão também mudar.

Tem a RESPONSABILIDADE de fornecer números da Segurança Social (ou prova de que requereu um número) seu e do seu lar familiar, ou de efetuar o requerimento, se for necessário, para obter esses números, como condição de elegibilidade. A recolha de informação no candidatura, bem como os números de Segurança Social de todos os membros do seu lar familiar para quem recebe assistência, é autorizada ao abrigo da Lei de Alimentação e Nutrição de 2008 (anterior Lei de Senhas Alimentares), conforme corrigido, 7 U.S.C. 2011-2036 e ao abrigo da Lei federal (e). Esta informação será utilizada para determinar se o seu agregado familiar é elegível, ou se continua a ser elegível, para participar em SNAP, Medicaid, RIW, GPA, CCAP, seguro comercial de saúde com Ajuda Financeira. O Departamento irá verificar esta informação por computador através de cruzamento de informações com o Departamento de Emprego e Formação, a Administração de Segurança Social, o Serviço de Receita Interna, o Serviço de Alimentação e Nutrição e outras entidades governamentais ou não governamentais autorizadas por lei, regulamento ou contrato, e estarão sujeitas a verificação por oficiais Federais, Estatais e locais. A informação de rendimento e elegibilidade obtida a partir destas agências será utilizada para certificar que o seu agregado familiar é elegível e que recebe o valor correto de benefícios SNAP, GPA, Assistência Infantil, RIW, Medicaid e seguro comercial de saúde com Ajuda financeira. Esta informação também será utilizada para monitorizar a conformidade com os regulamentos do programa, para gestão do programa, bem como para evitar fraude e verificar os pedidos de cuidados de saúde.

Esta informação poderá ser divulgada a outras agências federais e estatais para verificação oficial e a autoridades policiais com o objetivo de apreender pessoas que estejam a tentar fugir à lei. Se for apresentada uma queixa contra o seu agregado familiar, a informação nesta candidatura, incluindo todos os SSN, pode ser comunicada a agências Federais e Estatais, bem como a agências privadas de cobranças para ação de cobranças. O fornecimento da informação pedida é voluntário. Contudo, não fornecer um SSN irá resultar na recusa de benefícios a qualquer indivíduo que se candidate a

For more information visit <https://healthyrhode.ri.gov>
Para más información visite <https://healthyrhode.ri.gov>
Para mais informações visite <https://healthyrhode.ri.gov>



Account #: [REDACTED]

benefícios. Qualquer SSN fornecido será utilizado e divulgado da mesma forma que o SSN de membros do agregado familiar elegíveis.

Tem a RESPONSABILIDADE de cooperar por completo com o pessoal estatal e federal que esteja a conduzir as análises de controlo de qualidade.

Tem a RESPONSABILIDADE de cooperar com o Gabinete de serviços de apoio infantil se receber RI Works, Assistência de cuidados infantis ou Medicaid. Deve ajudar a estabelecer, alterar ou aplicar apoio infantil à(s) criança(s) ao seu cuidado e, se necessário, estabelecer a paternidade. Se conseguir mostrar que tem uma boa razão para acreditar que cooperar com o Gabinete de serviços de apoio infantil o coloca a si, às suas crianças, ou às crianças sob os seus cuidados, em risco proveniente do progenitor sem custódia, pode alegar boa causa para não cooperar.

PROGRAMA RI WORKS, MEDICAID, ASSISTÊNCIA DE CUIDADOS INFANTIS E ASSISTÊNCIA AO PÚBLICO EM GERAL
PENHORES E ATRIBUIÇÕES

No cumprimento da Lei Geral de Rhode Island, Secções 40-6-9, 40-6-10, ou 40-8-15, sem a necessidade assinar qualquer documento:

a.) Em relação ao apoio infantil e estabelecimento de paternidade

Atribui todos e quaisquer direitos que possa ter e em meu nome, e para e em nome do(s) meu(s) filho(s), ao Departamento de Serviços Humanos (DHS) e/ou Gabinete executivo de saúde e serviços humanos (EOHHS), contra qualquer pessoa que não nos forneça assistência, manutenção e cuidados médicos a mim e ao(s) filho(s) menor(es) para quem a assistência seja paga pelo DHS/EOHHS. O DHS/EOHHS está autorizado a executar uma ação judicial para estabelecer a paternidade e/ou recolher assistência para mim e para o(s) meu(s) filho(s) que recebem ou recebiam assistência do DHS/EOHHS. Se deixar de receber dinheiro ou Medicaid, deverá informar o Gabinete de serviços de apoio infantil sobre quaisquer alterações que afetem o apoio infantil/médico, como por exemplo, se a criança se tiver mudado ou a sua morada tenha mudado.

b.) Em relação aos montantes recuperáveis de um terceiro

Se tiver atribuído qualquer e todos os direitos ao DHS/EOHHS, para e em nome de mim próprio e de qualquer pessoa em relação a quem eu possa agir legalmente, para os montantes recuperáveis de um terceiro iguais ao montante de assistência financeira e Medicaid fornecida em resultado de acidente, danos ou doença.

c.) Em relação aos montantes recuperáveis de indemnização por acidente de trabalho

O Departamento de Serviços Humanos e/ou Gabinete executivo de saúde e serviços humanos poderá efetuar uma penhora sobre qualquer prémio, ordem ou acordo pendente, ao qual eu possa ter direito ao abrigo das disposições do Rhode Island Workers Compensation Act, capítulos 28-29 a 28-38 das Leis Gerais de Rhode Island. O objetivo do penhor é o de assegurar o reembolso ao Departamento por pagamentos financeiros e Medicaid que me sejam efetuados, ou em meu nome, pelo período de tempo pelo qual a indemnização, ordem ou acordo de acidente de trabalho seja efetuado.

d.) Em relação penhor sobre bens de destinatários falecidos para reembolso Medicaid

O DHS/EOHHS pode efetuar uma penhora sobre os bens de um destinatário Medicaid que tenha cinquenta e cinco (55) anos ou mais no momento da morte. Para objetivos desta secção, o termo «bens» em relação a um indivíduo morto incluirão toda a propriedade real e pessoal e outros ativos incluídos ou possíveis de ser incluídos dentro dos bens em testamento do indivíduo.

A disposição R.I.G.L. 40-8-15 determina que o valor total de Medicaid pago em nome de um destinatário Medicaid que tenha cinquenta e cinco (55) anos ou mais no momento da prestação de tal assistência estará em dívida para com o estado e deve constituir um penhor em relação aos bens do destinatário a favor do DHS. Contudo, o penhor não será aplicado e não se aplicará aos bens de um

For more information visit <https://healthyrhode.ri.gov>

Para más informacón visite <https://healthyrhode.ri.gov>

Para mais informações visite <https://healthyrhode.ri.gov>



Account #: [REDACTED]

destinatário que deixe viúvo/a, ou descendente que tenha menos de vinte e um (21) anos, ou que seja cego ou tenha uma invalidez permanente e total, tal como definido no Título XVI (SSI) da Lei de Segurança Social. Terras tribais e determinadas propriedades que pertençam a Índios Americanos e Nativos do Alasca podem não ser recuperáveis.

Compreendo que o seu requerimento irá servir como autorização para que o Departamento de Serviços Humanos obtenha dos prestadores Médicos informação que seja pertinente para si ou qualquer pessoa incluída no seu requerimento, enquanto o caso permaneça aberto.

Compreendo e concordo que o escritório DHS possa contactar outras pessoas ou organizações para obter a prova necessária da sua elegibilidade e nível de benefícios.

O DHS pode utilizar ou partilhar informação que tenha fornecido no seu requerimento para a administração dos programas DHS, assim como a administração de outros programas de assistência com financiamento federal, de acordo com a lei, contrato ou regulamento federal e estadual.

O DHS pode ceder informação que não seja de identificação para fins de investigação. Qualquer cedência de informação que não seja de identificação será feita de acordo com a lei estadual e federal.

Medicaid: Termino por sua iniciativa

O(s) membro(s) seguinte(s) do seu agregado familiar têm cobertura Medicaid:

Nome
RECIPIENT #1
RECIPIENT #2
RECIPIENT #3
RECIPIENT #4

Pode encerrar a cobertura de saúde do Medicaid de qualquer membro do seu agregado familiar, a qualquer momento.

- Por Telefone: ligue para a Central de Atendimento do Departamento de Serviços Humanos (DHS) através do número 1-855-697-4347 (de segunda a sexta-feira, exceto feriados, das 8h 30min às 15h) ou para o HealthSource RI através do 1-855-840-4774 (de segunda a sexta-feira, exceto feriados, das 8h às 18h)
- IPessoalmente: visite um escritório do DHS ou coloque a sua solicitação de rescisão em qualquer uma das caixas de depósito seguras nos escritórios do DHS e Centros Familiares Regionais. Para localizações de escritórios, visite www.dhs.ri.gov ou ligue para o 1-855-MY-RI-DHS (1-855-697-4347)
- Por Correio: Também pode fazer a solicitação por escrito, pelo menos, duas semanas antes do fim da cobertura e enviá-la para: State of Rhode Island, P.O. Box 8709, Cranston, RI 02920-8787

Medicaid: Termino por iniciativa do Estado

Os membros seguintes do seu lar familiar têm cobertura Medicaid válida:

For more information visit <https://healthyrhode.ri.gov>
Para más información visite <https://healthyrhode.ri.gov>
Para mais informações visite <https://healthyrhode.ri.gov>



Account #: [REDACTED]

Nome
RECIPIENT #1
RECIPIENT #2
RECIPIENT #3
RECIPIENT #4

A sua cobertura, ou a cobertura para qualquer membro do seu agregado familiar no Medicaid, pode ser cancelada somente se as seguintes situações acontecerem:

- se você ou o membro do seu agregado familiar já não forem elegíveis para a cobertura acessível
- se você ou a cobertura de um membro da sua família for encerrada devido a informações fraudulentas na sua aplicação.

Se tiver necessidades especiais de cuidados de saúde

Você e os membros do seu lar familiar podem qualificar-se para mais serviços através da Medicaid se alguém do seu lar tiver necessidades especiais de cuidados de saúde.

- Alguém no seu agregado familiar tem uma incapacidade?
- Alguém no seu agregado familiar precisa de assistência doméstica ou outros serviços a longo prazo?
- Alguém no seu agregado familiar tem contas médicas elevadas ou frequentes?

Se sim, veja se eles se qualificam com base nas necessidades de cuidados especiais de saúde. Ligue para (855) 712-9158 ou visite www.HealthSourceRI.com para mais informação.

For more information visit <https://healthyrhode.ri.gov>
Para más información visite <https://healthyrhode.ri.gov>
Para mais informações visite <https://healthyrhode.ri.gov>



ATTENTION: Language assistance services are available to you free of charge. Call . 1-855-697-4347 (TTY 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-697-4347 (TTY 711)

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-855-697-4347 (TTY 711)

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-697-4347 (TTY 711)

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-855-697-4347 (TTY 711)

ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតលុយ គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរទូរស័ព្ទ 1-855-697-4347 (TTY 711)

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-855-697-4347 (ATS 711)

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-855-697-4347 (TTY 711)

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-855-697-4347 (TTY 711)

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم (رقم هاتف الصم والبكم: 1-855-697-4347 TTY 711

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-697-4347 (телетайп 711)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-697-4347 (TTY 711)

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-855-697-4347 (TTY 711)

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-697-4347 (TTY 711) 번으로 전화해 주십시오

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-697-4347 (TTY 711).

Dè dɛ nìà kɛ dyédé gbo: Ɔ jũ ké m̄ [Bàsòò-wùdù-po-nyò] jũ ní, níí, à wuɖu kà kò dò po-poò béin m̄ gbo kpáa. Ɖá 1-855-697-4347 (TTY 711)

Non-Discrimination Notice

The Executive Office of Health and Human Services (EOHHS) and the Department of Human Services (DHS) does not discriminate on the basis of race, color, national origin, disability, political beliefs, age, religion or gender in acceptance for or provision of services, employment or treatment, in its education and other program activities. Under other provisions of applicable law, EOHHS/DHS does not discriminate on the basis of sexual orientation, gender identity or expression. For further information about these non-discrimination laws, regulations and complaint procedures for resolution of complaints of discrimination, contact DHS at 25 Howard Ave, Bldg. 57, Cranston, RI 02920, telephone number (401) 462-2971 (for deaf/hearing impaired 1-800-745-6575 voice; TTY 711).

For more information visit <https://healthyrhode.ri.gov>
Para más información visite <https://healthyrhode.ri.gov>
Para mais informações visite <https://healthyrhode.ri.gov>

