

NOVO REQUISITO!

Você DEVE enviar comprovação das despesas de Aquecimento e Resfriamento. O DHS não pode mais aceitar autoafirmação para essas despesas. Não fornecer comprovação pode causar uma REDUÇÃO nos Benefícios do SNAP.

Forneça ao DHS uma verificação, como uma cópia do seu:

- **Contas de aquecimento ou resfriamento**
- **Fatura do fornecedor de serviços públicos (óleo, gás, Propano, lenha, eletricidade)**
- **Contrato de locação ou declaração do proprietário comprovando que as contas de serviços públicos são cobradas separadamente do aluguel com base no consumo ou que é cobrada uma taxa fixa separada do aluguel**

Se você NÃO tiver despesas com aquecimento ou refrigeração e NÃO houver nenhum membro idoso e/ou com deficiência em sua residência, pode não ter direito ao Subsídio de utilidade padrão (SUA), o que poderá resultar em uma redução dos benefícios.



Como Entrar Em Contacto Connosco

Vá online : <https://healthyrhode.ri.gov>

Para perguntas sobre cobertura de saúde acessível,
ligue para o HealthSource RI através do número
1-855-840-4774

Para perguntas sobre cobertura de saúde acessível ou
programas de serviços humanos, ligue para o
Departamento de Serviços Humanos através do
número 1-855-MY-RI-DHS (1-855-697-4347).

AVISO BENEFÍCIOS DECISÃO

Este aviso te informa sobre sua Saúde e Programa de Benefícios Serviços Humanos. Esta página lhe informa nossa decisão sobre os seus benefícios. Você vai encontrar mais detalhes nas próximas páginas. Se você tiver alguma dúvida, por favor contacte-nos.

Resumo de Benefícios

Programa	Decisão
Programa Nutricional de Assistência Suplementar (SNAP)	Os seus benefícios estão a diminuir.

Se você não concordar com esta decisão, poderá solicitar uma audiência para recorrer. Há mais informações sobre o processo de recurso no final deste aviso.

Ver a sua conta online ou na sua Aplicação Móvel

As suas informações sobre benefícios também estão disponíveis quando aceder à sua conta em <https://healthyrhode.ri.gov/> ou descarregando a aplicação móvel HealthyRhode no seu telemóvel. Pode aceder à sua conta utilizando o seu nome de utilizador [REDACTED]. Se não se lembrar da sua senha, poderá recuperá-la carregando em LOG IN e depois em Esqueceu o nome de utilizador/senha? em <https://healthyrhode.ri.gov/>. Através da sua conta, pode solicitar e renovar os seus benefícios e relatar alterações.

Detalhes de Benefício Programa de Assistência a Nutrição Suplementar (SNAP)

Seus benefícios do SNAP mudaram eficaz 11/01/2025. Você vai ter o valor de benefícios listado abaixo:

Período de Elegibilidade	Quem é elegível?	Quantidade	Razão da alteração
11/01/2025 a 09/30/2026	[REDACTED]	\$ [REDACTED]	Seus benefícios diminuíram devido a um / uma: Alteração dos modelos do programa SNAP devido a ajustes Subsídio de utilidade padrão (SUA) e alteração de cálculos federais Redução de despesas de casa/serviços
	Quem não é elegível?	Por que não elegível?	
	NA	NA	

Base legal: NA

Alterações Você Deve Relatar Para SNAP

Você deve nos dizer se a renda bruta mensal do seu agregado familiar (antes de impostos) é mais do que \$1696. Você deve dizer-nos o mais tardar 10 dias após o final do mês, quando sua renda subiu.

Você também precisa preencher um formulário de relatório intercalar. Iremos enviar-lhe mais informações em fevereiro, 2026. Pode completar e enviar o formulário de relatório provisório que lhe é enviado, ou pode completá-lo online, iniciando sessão na sua conta em <https://healthyrhode.ri.gov>.

De acordo com as legislações federais de direitos civis e as regulamentações e políticas de direitos civis do Departamento da Agricultura dos Estados Unidos (USDA), o USDA, as suas agências, gabinetes, funcionários e as instituições que participam ou administram programas do USDA estão proibidas de discriminar com base na raça, cor, origem nacional, sexo (incluindo identidade de gênero e orientação sexual), crença religiosa, deficiência, idade, crenças políticas ou represálias ou retaliações por atividades anteriores de direitos civis em qualquer programa ou atividade desenvolvida ou financiada pelo USDA. Os programas que recebem assistência financeira federal do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos (HHS), tais como a Assistência Temporária às Famílias Necessitadas (TANF), e os programas que o HHS opera diretamente são também proibidos de discriminação ao abrigo das legislações federais de direitos civis e regulamentos do HHS.

As pessoas com deficiências que necessitem de meios de comunicação alternativos para obter informações sobre o programa (por exemplo, Braille, letras grandes, fita de áudio e linguagem gestual americana) devem contactar a agência (estatal ou local) onde se candidataram aos benefícios. Os indivíduos surdos, com deficiências auditivas ou de fala podem contactar o USDA através do Serviço Federal de Reencaminhamento através do número de telefone (800) 877-8339. Além disso, as informações do programa podem ser disponibilizadas em outras línguas para além do inglês.

QUEIXAS SOBRE DIREITOS CIVIS QUE ENVOLVEM PROGRAMAS DO USDA

O USDA fornece assistência financeira federal a muitos programas de segurança alimentar e de redução da fome, tais como o Programa de Assistência Nutricional Suplementar (SNAP), o Programa de Distribuição de Alimentos em Reservas Indígenas (FDPIR) e outros. Para apresentar uma queixa de discriminação, preencha o formulário de queixa de discriminação de programa, (AD-3027) que pode encontrar online em: <https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/ad3027-portuguese.pdf> e em qualquer gabinete do USDA ou escrever uma carta dirigida ao USDA e indicar na carta todas as informações solicitadas no formulário. Para solicitar uma cópia do formulário de queixa, ligue para o número de telefone (866) 632-9992. Envie o seu formulário preenchido ou carta para o USDA até:

1. Correio: Serviço de Alimentação e de Nutrição do USDA 1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314; ou
2. Fax: (833) 256-1665 ou (202) 690-7442; ou
3. Telefone: (833) 620-1071; ou
4. E-mail: FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov.

Para qualquer outra informação relativa a questões sobre o SNAP, as pessoas devem contactar o número de linha direta do SNAP do USDA, (800) 221-5689, que também está disponível em espanhol, ou telefonar para os números de informação do Estado/de linha direta (clique na hiperligação para obter uma lista de números de linha direta por estado). Encontre online em: <https://www.fns.usda.gov/snap/state-directory>.

QUEIXAS SOBRE DIREITOS CIVIS QUE ENVOLVEM PROGRAMAS DO HHS

O HHS fornece assistência financeira federal para muitos programas para melhorar a saúde e o bem-estar, incluindo o TANF, Head Start, o Programa de Assistência Energética para Residências com Baixo Rendimento (LIHEAP) e outros. Se considera ter sido discriminado(a) devido à sua raça, cor, origem nacional, deficiência, idade, sexo (incluindo gravidez, orientação sexual e identidade de gênero), ou religião em programas ou atividades que o HHS opera diretamente ou aos quais o HHS presta assistência financeira federal, pode apresentar uma queixa sua ou relativamente a outra pessoa ao Gabinete de Direitos Civis (OCR).

Para apresentar uma queixa de discriminação sua ou relativamente a outra pessoa em relação a um programa que receba assistência financeira federal através do HHS, preencha o formulário online através do portal de queixas do OCR em: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/>. Pode também contactar o OCR através do correio: Operações Centralizadas de Gestão de Casos, Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201; fax: (202) 619-3818; ou e-mail: OCRMail@hhs.gov. Para um processamento mais rápido, recomendamos a utilização do portal online do OCR para apresentar queixas em vez de o fazer por correio. As pessoas que necessitam de assistência para apresentar uma queixa sobre direitos civis podem enviar um e-mail para o OCR: OCRMail@hhs.gov ou ligar gratuitamente para o OCR através do número de telefone 1- 800-368-1019, TDD 1-800-537-7697. As pessoas surdas, com dificuldades de audição ou com dificuldades de fala, podem marcar 7-1-1 para aceder aos serviços de reencaminhamento de telecomunicações. Também disponibilizamos formatos alternativos (tais como Braille e letras grandes), ajudas auxiliares e serviços de assistência linguística gratuitos para a apresentação de uma queixa.

Esta instituição é um provedor de igualdade de oportunidades

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. Os detalhes do seu direito de recurso, incluindo os prazos importantes para o fazer, encontram-se nos Direitos de Recurso e no Formulário de Recurso anexos a este aviso.

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 40-6-12, 40-6-12.1 e 42-7.2-5(13), 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 40-6-12 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 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.

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 na 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 (45 CFR 155.305 e 42 CFR 435.910). 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 benefícios. Qualquer SSN fornecido será utilizado e divulgado da mesma forma que o SSN de membros do agregado familiar elegíveis.

Tem a RESPONSABILIDADE de reportar e fornecer provas das suas despesas apresentadas a fim de obter o montante máximo de benefícios SNAP permitidos. Não reportar ou não fornecer provas das suas despesas será considerado como a sua declaração que não deseja receber uma dedução pelas despesas não reportadas ou não comprovadas.

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

Apenas os cidadãos dos EUA e determinados imigrantes legais podem ser elegíveis para prestações SNAP. Se existirem não-cidadãos a viver consigo ou se não forem elegíveis, ainda poderá requerer e receber prestações para outros membros do agregado familiar elegíveis. Não é obrigado a fornecer informação de imigração referente a pessoas que não se estejam a candidatar a prestações, mas poderá ter de fornecer outra informação dessas pessoas, tal como, rendimento ou recursos.

Disposições de substituição de cartão EBT RIW/SNAP:

Os portadores de cartão que solicitaram cinco (5) ou mais cartões de substituição EBT (cartões de Transferência de Benefício Eletrónico), num período de doze (12) meses, terão o seu cartão no Departamento de Serviços Humanos (DHS) até que falem com a equipa do DHS sobre as suas solicitações de cartão e possam ser encaminhados para a Unidade de Detecção e Prevenção de Fraudes, para investigação de uso indevido ou abuso do cartão EBT. Violações documentadas podem resultar em uma ou mais das seguintes ações:

- Desqualificação do programa;
- Recuperação através de indemnização/restituição; e/ou
- Referência para acusação criminal

Em todos os casos, a agência agirá para proteger os lar familiares que contenham pessoas sem abrigo, idosas ou membros com incapacidade, vítimas de crimes e outras pessoas vulneráveis que possam perder cartões de transferência eletrónica de benefícios mas que não estejam a cometer fraude.

Compreendo que este requerimento irá servir como autorização para que o Departamento de Serviços Humanos obtenha dos prestadores Médicos informação que seja pertinente para mim ou qualquer pessoa incluída neste 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 minha elegibilidade e nível de benefícios.

AVISOS DE PENALIZAÇÃO SNAP

Compreendo que:

Qualquer membro do meu agregado familiar que intencionalmente quebre uma regra SNAP ficará excluído de SNAP por um período entre um ano e permanentemente, será multa em valor até \$250,000, preso até 20 anos ou ambos. Também poderá estar sujeito a acusação ao abrigo de outras leis Federais e Estaduais aplicáveis. Ele/ela também pode ser excluído de SNAP por 18 meses adicionais se o tribunal assim o ordenar. Qualquer membro do meu agregado familiar que infrinja intencionalmente uma regra SNAP pode ser excluído do Programa de Assistência de Nutrição Suplementar:

- Por um período de um (1) ano para a primeira violação, com exceções dos números 1 até 5 abaixo;
- Por um período de dois (2) anos após a segunda violação, com exceções nos números 1 a 5. abaixo; e,
- Permanentemente pela terceira ocasião de qualquer violação intencional do programa.

1. Os indivíduos que um tribunal local, estadual ou federal declarem terem utilizado ou recebido prestações SNAP numa transação que envolvesse a venda de armas de fogo, munições ou explosivos, devem ser permanentemente excluídos do Programa de Assistência Nutricional Suplementar aquando de tal violação pela primeira vez.

2. Os indivíduos que se tenha descoberto terem feito uma declaração ou representação fraudulenta em relação à identidade ou local de residência do indivíduo, a fim de receber múltiplos benefícios SNAP simultaneamente, devem ser inelegíveis para participar no Programa de assistência nutricional suplementar por um período de dez (10) anos.

3. Os indivíduos que um tribunal federal, estatal ou local declare como culpados por utilizarem ou receberem prestações numa transação que envolva a venda de uma substância controlada (conforme definido na secção 102 da Lei de substâncias controladas (21 U.S.C. 802)) não serão elegíveis para as prestações durante dois anos para a primeira ofensa, e permanentemente para a segunda ofensa.

4. Os indivíduos que um tribunal declare como culpados por comprarem ou venderem medicamentos ilegais ou determinados medicamentos prescritos em troca das prestações SNAP serão proibidos de participar no SNAP durante 24 meses para a primeira ofensa, e permanentemente para a segunda ofensa.

5. Um indivíduo condenado por um tribunal local, estadual ou federal, por ter traficado prestações numa quantia total de \$500 ou superior, será permanentemente excluído de receber prestações SNAP aquando de tal violação pela primeira vez.

Tráfico conforme definido em 7 CFR 271.2 significa:

- 1) A compra, venda, roubo ou de outra forma efetuar uma troca de benefícios SNAP emitidos e acedidos através de cartões de Transferência eletrónica de benefícios (EBT), números de cartões e números de identificação pessoal (PIN), ou por vale manual e assinatura, por dinheiro ou consideração além dos alimentos elegíveis, quer direta, indiretamente em cumplicidade ou conluio com outros, ou agindo sozinho;
- 2) A troca de armas de fogo, munições, explosivos ou substâncias controladas por benefícios SNAP;
- 3) Compra de um produto com benefícios SNAP que tenha uma embalagem que requeira um depósito de devolução com o objetivo de obter dinheiro eliminando o produto e devolvendo a embalagem fabricante pelo montante de depósito, eliminando intencionalmente o produto e devolvendo intencionalmente a embalagem pelo montante de depósito;
- 4) Comprar um produto com benefícios SNAP com o objetivo de obter dinheiro ou outro valor diferente dos alimentos elegíveis através da revendo do produto e, conseqüentemente, revender

intencionalmente o produto comprado com benefícios SNAP em troca de dinheiro ou outro valor diferente dos alimentos elegíveis; ou

- 5) Comprar intencionalmente produtos originalmente comprados com benefícios SNAP em troca de dinheiro ou valor diferente dos alimentos elegíveis.
- 6) Tentar comprar, vender, roubar ou de outra forma afetar uma troca de benefícios SNAP emitidos e acedidos através de cartões de Transferência de benefícios eletrônicos (EBT), números de cartão e números de identificação pessoal (PIN), ou por voucher manual e assinaturas, por dinheiro ou consideração além dos alimentos elegíveis, quer direta, indiretamente em cumplicidade ou conluio com outros, ou agindo sozinho.»

NÃO minta nem oculte informações para obter ou continuar a obter benefícios SNAP que o seu agregado familiar não deve receber.

NÃO utilize os benefícios SNAP para comprar artigos não alimentares, como bebidas alcoólicas e tabaco ou para pagar contas de crédito.

NÃO troque ou venda (ou tente trocar ou vender) cartões EBT ou utilize o cartão EBT de outra pessoa para o seu agregado familiar.

O DHS pode utilizar ou partilhar informação constante deste 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.

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 o (855) 712-9158 ou visite www.HealthSourceRI.com para obter mais informações.



STATE OF RHODE ISLAND

P.O. BOX 8709

CRANSTON, RI 02920-8787

DIREITOS DE RECURSO

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.
- 2. Recurso para uma Audiência Administrativa Justa.** Um recurso é uma solicitação formal para que a decisão seja revista numa audiência administrativa. Para mais informações, leia a secção "O Seu Direito a uma Audiência Administrativa Justa".

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:	Para continuar a receber benefícios (Aid Pending) no âmbito de um recurso, este deve ser apresentado dentro do prazo:
Medicaid	30 dias após a data de aviso, mais cinco dias para o tempo de envio	30 dias após a data de aviso, mais cinco dias para o tempo de envio
SNAP	90 dias a partir da data do aviso	10 dias a partir da data do aviso

CCAP	30 dias a partir da data do aviso	10 dias a partir da data do aviso (no entanto, as prestações podem ser reduzidas até ser tomada uma decisão sobre a audição)
GPA	10 dias a partir da data do aviso	10 dias a partir da data do aviso (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	30 dias a partir da data do aviso (deve telefonar para o HealthSource RI dentro deste prazo para solicitar Aid-Pending)
Todos os outros programas	30 dias a partir da data do aviso	10 dias a partir da data do aviso

Apelações rápidas

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.

Case #: [REDACTED]

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 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.

FORMULÁRIO DE RECURSO

Processo de pedido de recurso

Pode pedir um recurso de uma das seguintes formas indicadas abaixo. Se submeter este formulário, o estado irá analisar o seu caso e tentar resolver a questão.

- **Online.** Entre na sua conta em www.healthyrhode.ri.gov e clique em "file an appeal" (interpor recurso).
- **Por telefone.** Você pode apresentar um recurso sobre Medicaid e cobertura de saúde privada através HealthSource RI chamando o 1-855-840-HSRI (4774). Para perguntas sobre a interposição de recursos em programas de serviços humanos, tais como SNAP, RIW, Child Care (cuidados infantis), GPA ou SSP, ligue para o Departamento de Serviços Humanos em 1-855-MY-RI-DHS (1-855-697-4347).
- **Pessoalmente.** Para encontrar o escritório mais perto de si, visite www.dhs.ri.gov para saber onde nos poderá encontrar.
- **Por correio.** Preencha este formulário e devolva-o por correio para:
ATTN: Appeals State of Rhode Island, PO Box 8709 Cranston, RI 02920-8787.

Nome (obrigatório): _____

Data de Nascimento (obrigatório): _____

Número de conta:(conforme no topo do aviso): _____

Endereço (obrigatório): _____

Número de telefone: _____

Email: _____

Precisa de ajuda para falar, ler ou escrever em Inglês? ☐ Sim ☐ Não:

Se sim, qual é a sua língua principal? _____

Método preferencial de contacto (faça um círculo à volta de uma opção): email / correio impresso Tem de assinalar a(s) razão(ões) do seu recurso:

Cobertura de saúde geral:

____ Medicaid
____ Comercial Plano - HealthSource RI
____ Ambos / Não tenho a certeza

Serviços humanos:

____ SNAP
____ RIW
____ SSP
____ GPA
____ ASSISTÊNCIA A MENORES
____ CCRU

____ Outro (explique) _____

Case #: [REDACTED]

Explique a razão do seu pedido de recurso:

Precisa urgentemente de serviços de saúde importantes ou benefícios SNAP? Se sim, gostaria de um recurso rápido? ☐ Sim ☐ Não:

Se sim, explique:

SE A DECISÃO DA AUDIÊNCIA NÃO FOR A MEU FAVOR, COMPREENDO QUE TENHO DE DEVOLVER QUALQUER ASSISTÊNCIA E/OU BENEFÍCIOS SNAP PARA OS QUAIS FUI CONSIDERADO NÃO ELEGÍVEL

☐ Assinale esta caixa se alguém for ajudá-lo com o audiência, ou representá-lo durante o processo de audiência. Esta pessoa poderá ser um advogado, um amigo, ou um familiar. Forneça informações de contacto dessa pessoa:

Nome: _____

Número de telefone: _____

Endereço: _____

Email: _____

Gostaria que a sua cobertura e benefícios continuassem sem alteração enquanto espera por uma decisão de audiência? ☐ Sim ☐ Não:

Ao assinar este documento, estou a apresentar o meu recurso e a atestar que todas as informações que forneci são verdadeiras e exatas, tanto quanto é do meu conhecimento.

Assinatura _____
(Destinatário)

Data _____

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 ដោយមិនគិតថ្លៃ 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 m̃ [Bàsòò-wùdù-po-nyò] jũ ní, nìí, à wuɖu kà kò dò po-poò bɛ̀in m̃ gbo kpáa. Ɖá 1-855-697-4347 (TTY 711)

Aviso de não discriminação

Escritório Executivo de Saúde e Serviços Humanos (EOHHS), o Departamento de Serviços Humanos (DHS) e Healthsource RI (HSRI) não discriminam com base na raça, cor, origem nacional, deficiência, crenças políticas, idade, religião ou gênero na aceitação ou prestação de serviços, emprego ou tratamento, em sua educação e outras atividades do programa. Ao abrigo de outras disposições da lei aplicável, a EOHHS /DHS/HSRI não discrimina com base na orientação sexual, identidade de gênero ou expressão. Para mais informações sobre estas leis, regulamentos e procedimentos de reclamação de não discriminação para a resolução de queixas de discriminação, contacte o DHS em 25 Howard Ave, Bldg. 57, Cranston, RI 02920, número de telefone (401) 462-2971 (para surdos/deficientes auditivos 1-800-745-6575 voz; TTY 711).