STATE OF RHODE ISLAND
P.O. BOX 8709
CRANSTON, RI 02920-8787

Data : 04/01/2023
Número de conta : 500958573
Número de documento : 123456

RQSLSXODE DFWQPJIPC
77 Lgyd St,47 YMTD st
Cranston, RI 02920

Como Entrar Em Contacto Connosco
Vá online : https://healthyrhode.ri.gov

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).

Estado de Rhode Island

SERVIÇO DE LONGO PRAZO DO MEDICAID E RENOVAÇÃO DE APOIOS

(Elegibilidade Katie Beckett, Serviços Domiciliares e Comunitários para Idosos e Adultos com Deficiências, Instalações de Enfermagem e PACE)

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

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	RQSLSXODE DFWQPJIPC	06/01/2023

Envie o(s) seguinte(s) documento(s) e um formulário de renovação assinado até a(s) data(s) assinalada(s) abaixo. Se não fornecer o(s) documento(s) até a(s) data(s) assinalada(s) abaixo, o sistema avaliará e determinará a sua elegibilidade para as opções de cobertura de seguro de saúde.

Nome	Precisamos de informações sobre:	Informações devidas por:	Exemplos de prova(s) aceitável(is) (Por favor, devolva um dos seguintes):
RQSLSXODE DFWQPJIPC	Unearned Income Payment Verification	05/06/2023	

Este formulário deverá ser devolvido até 05/01/2023. Se não recebermos o formulário assinado até esta data, a sua cobertura elegível LTSS da Medicaid não será renovada e perderá a sua cobertura a 05/31/2023.

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

Que alterações tenho que notificar?

- **Vencimento/salário:** Precisamos saber sobre quaisquer alterações no vencimento/salário do beneficiário do LTSS 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. Se esta renovação for para uma criança elegível para Katie Beckett, só precisamos saber o vencimento da criança. Não há contribuição obrigatória para o custo dos cuidados.

- **Recursos**: Também precisamos saber se os recursos do beneficiário do LTSS aumentaram e/ou se algum recurso que o beneficiário possui individualmente ou em conjunto foi vendido ou transferido para outra pessoa.

- **Morada e disposição de alojamento:** Informe-nos se o beneficiário do LTSS mudou de residência ou mudou de morada, entrou ou saiu de uma residência de vida assistida, asilo ou casa de grupo, ou está num novo sistema de residência compartilhada nova ou diferente.

- **Intenção do proprietário da casa de voltar à residência principal:** SOMENTE PARA RESIDENTES DE INSTALAÇÕES DE ENFERMAGEM: se possui uma casa que é sua residência principal, assumimos que pretende voltar a morar neste imóvel num momento apropriado no futuro, se houverem alterações à sua propriedade ou intenção de voltar a esta residência, atualize a seção 5 abaixo.

- **Circunstâncias familiares e domésticas:** precisamos saber se houveram alterações na família do beneficiário, como por exemplo, se o cônjuge ou dependente de um beneficiário do LTSS faleceu, se divorciou, se casou com outra pessoa ou se mudou para, de, ou vendeu uma casa que NÃO é contada como recurso. Esta informação não é necessária para a renovação de uma criança elegível para Katie Beckett.

- **Status de imigração:** Você deve de nos informar se o status de imigração de um beneficiário do LTSS não cidadão e/ou de um patrocinador mudou desde a data da solicitação inicial ou da última renovação.

Como posso declarar as minhas alterações e renovar minha cobertura Medicaid?

Existem várias maneiras de declarar alterações. Por favor, leia atentamente as seguintes instruções.

- **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. As crianças elegíveis para Katie Beckett devem enviar o formulário para DHS-LTSS P.O. BOX 8709 CRANSTON, RI 02920

- **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.

Veja A Sua Conta Online

As suas informações de benefícios também estão disponíveis ao aceder à sua conta em **https://healthyrhode.ri.gov/**.
Pode aceder à sua conta utilizando o nome de utilizador **NMejia**. Se não se lembra da sua senha, pode recuperá-la ao clicar em LOG IN e em Esqueceu o nome de utilizador/senha? em **https://healthyrhode.ri.gov/**. Através da sua conta, pode solicitar renovar os seus benefícios e relatar alterações.

Formulário de Renovação LTSS

Instruções: Por favor, leia atentamente este formulário e escreva as informações alteradas sobre o beneficiário. Certifique-se de assinar e devolver todo o formulário de renovação, incluindo esta página, mesmo que não hajam alterações a declarar.

Informações de Conctato do Beneficiário

	Informação atual	Informação atualizada
Contacto Principal e Relação com o Beneficiário	RQSLSXODE DFWQPJIPC Self	
Endereço de correspondência	77 Lgyd St,47 YMTD st, Cranston, RI 02920	
	Informação atual	Informação atualizada
Endereço onde o Beneficiário LTSS vive atualmente	77 Lgyd St,47 YMTD st, Cranston, RI 02920	
	Informação atual	Informação atualizada
Número de telefone	583-097-5331	
Correio eletrónico	LQTXYABR@gmail.com	
Nome do Representante Autorizado	Informação atual	Informação atualizada

1. Rendimento:

Desde que o beneficiário submeteu inicialmente ou foi renovado pela última vez, houve alguma alteração no rendimento?

Precisamos saber sobre quaisquer mudanças de rendimento do beneficiário e os nomes e rendimento de qualquer cônjuge/dependentes, que devemos considerar ao determinar a quantia que os beneficiários de LTSS adultos devem pagar o custo dos cuidados.

Se as caixas estiverem em branco, forneça as informações solicitadas.

Se as caixas forem pré-impressas, risque as informações erradas e forneça as informações corretas nas linhas vazias, abaixo. Acrescente os nomes e rendimentos de quaisquer novos dependentes.

Com este formulário, envie comprovativos de novos ou montantes corrigidos do rendimento.

Nota: Para crianças elegíveis para a cláusula Katie Beckett, por favor, inclua apenas o rendimento da criança.

☐ Assinale se Não há alterações a relatar no rendimento

Nome	Número de Segurança Social	Data de Nascimento	Relação com o Beneficiário LTSS	Rendimento / Tipo
RQSLSXODE DFWQPJIPC	XXX-XX-5345	06/03/1947	Self	$ 0.00/ Alien Sponsor Income
RQSLSXODE DFWQPJIPC	XXX-XX-5345	06/03/1947	Self	$ 100.00/ Other Unearned

2. Recursos

Desde que o beneficiário LTSS submeteu inicialmente ou foi renovado pela última vez, houve alguma mudança nos recursos que o beneficiário possui, incluindo quaisquer aumentos ou reduções? Se o beneficiário do LTSS tiver recursos novos ou alterados (vendidos ou transferidos), declare abaixo em "informações atuais". Se o formulário foi pré-impresso, risque as informações erradas e forneça as informações atualizadas corretamente nas caixas à direita.

NOTA: OS RECURSOS INCLUEM DINHEIRO EM MÃO, POUPANÇAS E VERIFICAÇÃO DE CONTAS, CERTIFICADOS DE DEPÓSITO, BOLSA, OBRIGAÇÕES, CONTAS APLICÁVEIS, FUNDOS DE CONFIANÇA, PROPRIEDADE DE UMA EMPRESA, ETC.

☐ Assinale se Não há alterações a relatar nos recursos.

Nome do Proprietário	Tipo(s) de Recurso(s)	Informações atuais	Informação atualizada
	Veículo(s)	-	
	Contas correntes/Poupanças	-	
	Bolsa/titulos	-	
	Certificados de Depósito	-	
	Contas de Mercado Monetário	-	
	Proprietário de uma empresa	-	
	Anuidades	-	

	IRA, 401K, 403B, Contas Keogh	-	
	Contratos ou contas de funeral	-	
	Outro	-	

2a. **Fundos**

Se o beneficiário LTSS ou alguém a agir em nome do beneficiário estabelecido tiver transferido qualquer item de valor como uma herança, propriedade, liquidação de seguro, distribuição de IRA, contrato de funeral, carteira de ações, fundo fiduciário, plano de anuidade, conta na corretora, liquidação de seguro, ou algo semelhante a uma relação de confiança nos últimos 60 (sessenta) meses, preencha as caixas abaixo e envie os comprovativos.

☐ Assinale se Não há alterações a relatar nas atividades de fundos.

Descreva o item	Data da Ação	Valor/Montante do item colocado no Fundo

3. Imóveis, incluindo a casa do Beneficiário LTSS

Houve alguma alteração na participação do beneficiário em imóveis/propriedades (como uma casa ou terreno) desde o momento da aplicação inicial ou da última renovação? Preencha os espaços em branco ou corrija quaisquer informações erradas nas caixas abaixo e envie-nos a documentação das alterações relacionadas com vendas, transferências e rendimentos/receitas.

☐ NENHUMA alteração de imóvel/propriedade a reportar.

Imóveis e outras Propriedades		
1. Residência Principal	Informação atual	Informação atualizada
	-	
Cônjuges/Dependentes a vive rem casa	Informação atual	Informação atualizada
	-	
Renda da Propriedade - aluguer ou arrendamento	Informação atual	Informação atualizada
	-	
Venda/Data de Transferência	Informação atual	Informação atualizada
	-	
2. Outra Propriedade/Residência (morada)	Informação atual	Informação atualizada
	-	
Valor Patrimonial - Vale menos que qualquer ónus, dívidas, empréstimos	Informação atual	Informação atualizada
	-	
Renda da Propriedade - aluguer ou arrendamento	Informação atual	Informação atualizada
	-	
Venda/Data de Transferência	Informação atual	Información actualizada
	-	

4. Cobertura de Seguro de Saúde

Forneça informações completas e atualizadas sobre todas as formas de seguro de saúde que forneçam cobertura ao beneficiário, preenchendo os espaços em branco ou corrigindo as informações pré-impressas em caixas vazias na linha abaixo.

Inclua o empregador, aposentado, e ouros planos de saúde privados; planos dentários, visão e outros planos complementares; e Medicare, Tricare e planos governamentais semelhantes.

Envie cópias da frente e do verso de todos os cartões de seguro de saúde novos e atualizados para estes planos.

☐ Assinale se Não há alterações a relatar na cobertura do seguro de saúde.

Seguro de Saúde	Nome do titular da Apólice	Número da Apólice	Prémio Mensal

Seção 5: APENAS PARA RESIDENTES DE INSTALAÇÕES DE ENFERMAGEM

INTENÇÃO DE VOLTAR À RESIDÊNCIA PRINCIPAL

Complete APENAS se atualmente reside numa instalação de enfermagem e possui uma casa.

Eu,_____, certifico que possuo o imóvel localizado
(Nome do Requerente/Beneficiário)

em _____ _____ _____
(Endereço) (Cidade) (Estado e Código Postal)

Mais, certifico que este imóvel é a minha residência principal;

Eu possuo os imóveis enumerados acima: (Por favor, assinale um)

☐ Sozinho ☐ Conjuntamente

☐ Inquilinos em comum ☐ Herança

Eu entendo e concordo que é minha responsabilidade informar o DHS (dentro de dez (10) dias) de qualquer mudança na minha propriedade deste imóvel. Também concordo em informar o DHS sobre qualquer mudança na minha intenção de voltar a morar no imóvel mencionado acima. Desta forma, estou a declarar as seguintes alterações: (escreva abaixo para indicar as alterações)

_____
_____
_____
_____.

AVISO DE PENALIDADE		
“Sob pena de perjúrio, juro que este formulário de renovação foi examinado ou lido por mim e, pelo que sei, os factos são verdadeiros e completos. Se estiver a solicitar em nome de outra pessoa, eu juro que esta inscrição foi examinada ou lida para o candidato e, no melhor do seu conhecimento, os factos são verdadeiros e completos.” A minha assinatura abaixo indica que li ou leram-me os Direitos e Responsabilidades anexados a este formulário. Sob pena de perjúrio, atesto que todas as minhas respostas neste requerimento estão corretas e completas de acordo com o meu conhecimento, incluindo informações sobre cidadania e estatuto de imigração e a identidade das crianças menores mencionadas nesta aplicação. Eu entendo que estou a infringir a lei se propositadamente fornecer informações erradas e posso ser punido por lei federal, lei estatal ou ambas.		
Assinatura do Cliente ou Representante Autorizado Data:	Assinatura do Departamento de Testemunho Data:	
Assinatura do Cônjuge ou Progenitor Data:		
Assinatura do Tutor/Conservador/Detentor de Procuração Data:		
Número de Telefone:	( )	

O SEU CONSENTIMENTO PARA PARTILHAR DADOS PARA DECISÕES DE ELEGIBILIDADE

Podemos ajudá-lo melhor se pudermos trabalhar com outras agências e profissionais que o conhecem e à sua família.
Ao assinalar a caixa “Concordo”, está a dar permissão para obter, usar e partilhar informações confidenciais sobre si, de várias fontes, incluindo o Departamento de Trabalho e Formação de R.I., Departamento de Serviços Humanos, o Escritório Executivo de Saúde e Serviços Humanos de R.I. e a Experian em nome dos Centros Medicaid e Serviços Medicare (CMS) e da Administração da Segurança Social.
Não nos recusaremos a quaisquer benefícios ou acesso a quaisquer programas para os quais esteja qualificado, simplesmente porque não nos dá permissão para obter, usar e compartilhar informações confidenciais.
No entanto, sem o seu consentimento, não podemos ajudá-lo a aceder a determinados programas e suportes para os quais poderá ser elegível. O seu consentimento é necessário para determinar a sua elegibilidade.

Poderá fazer compras e adquirir cobertura de seguro de saúde sem concluir este consentimento entretanto em contacto com o nosso Centro de Contacto, através do número 1-855-840-HSRI (4774), mas se gostaria de saber se é elegível para qualquer ajuda financeira para a compra de cobertura, se é elegível para o Medicaid, será necessário concluir este consentimento.

Toda a partilha de informações e uso que autorizar, marcando a caixa “Concordo”, será feita em conformidade com todas as leis e regulamentos federais e estaduais relevantes que protegem a sua privacidade, incluindo, entre outros: A Lei de Portabilidade e Contabilidade de Seguro de Saúde de 1996 (Pub. L. 104-191 conhecida como HIPAA); A Confidencialidade das Comunicações e Informação dos Cuidados de Saúde de R.I. (R.I.G.L. 5-37.3-1 **e subsequente**.); as Leis Gerais de Rhode Island (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. As informações serão compartilhadas pela transferência de dados de computador.

Ao assinalar a primeira caixa abaixo, eu concordo com a obtenção e uso de informações confidenciais sobre mim para determinar a minha elegibilidade para inscrição em planos de saúde ou outros programas públicos financiados por meio desta página, planear, fornecer e coordenar benefícios e pagamentos.

- ☐ Eu dou o meu consentimento para partilhar dados para decisões de elegibilidade
- ☐ Eu não dou o meu consentimento e entendo que a minha elegibilidade para determinados programas e apoios será afetada por esta decisão.

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 género (incluindo expressão de género), 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 género 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 wih 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.

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 ដោយមិនគិតឈ្នួល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ 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, ໂດຍບໍ່ເສັງຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທຣ 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 ɖɛ nìà kɛ dyéɖé gbo: Ɔ jǔ ké m̀ [B̀àsɔ́ɔ̀-wùɖù-po-nyɔ̀] jǔ ní, nìí, à wuɖu kà kò ɖò po-poɔ̀ ɓɛ́ìn m̀ gbo kpáa. Đá 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