

# Inscrição simples ao Programa de assistência de nutrição suplementar (SNAP - Supplemental Nutrition Assistance Program) para idosos e/ou pessoas com deficiência



## Pode usar este pedido para benefícios do SNAP se:

- Todos os membros da família que moram juntos têm 60 anos ou mais ou são pessoas com deficiência e compram e preparam refeições juntos e não recebem qualquer renda de trabalho; OU
- Todos os membros da família que moram juntos com 60 anos ou mais ou deficientes sem renda que compram e preparam refeições separadamente dos outros membros da família.

As opções para o envio da inscrição estão listadas abaixo. O escritório local do DHS (Departamento de recursos humanos) revisará e fará o acompanhamento.



### Por correio:

RI Department of Human Services,  
P.O. Box 8709, Cranston, RI 02920-8787



### Escritório local do DHS:

Encontre o escritório mais próximo em  
[www.dhs.ri.gov/DHSOffices](http://www.dhs.ri.gov/DHSOffices) ou ligue para 855-MY-RIDHS (1-855-697-4347)



### Dúvidas?

1-855-MY-RIDHS

Para dúvidas sobre o LTSS (serviços e apoio de longo prazo): 401-574-8474

Somos obrigados a verificar as informações fornecidas e analisarmos o pedido no prazo de trinta (30) dias a partir da data do arquivamento do pedido, a menos que tenha direito a um atendimento mais rápido (7 dias). Para determinar a elegibilidade, será necessário passar por uma entrevista. A data do arquivamento do pedido para os requerentes com pré-liberação é a data de liberação da instituição.

Você receberá uma solicitação por escrito caso esteja faltando qualquer verificação/documentos. O pedido será recusado se qualquer documento que esteja faltando não seja recebido no prazo de 10 (dez) dias após a solicitação por escrito.

Em qual idioma prefere se comunicar? Oralmente:

Por escrito:

É seu direito receber a assistência necessária para concluir este pedido. Assinale aqui se precisa de ajuda para finalizar este pedido.

Informe-nos se precisar de algum dos seguintes itens para concluir finalizar este pedido:

Intérprete    Intérprete de língua de sinais    Número de telefone TDD/TTY para ligarmos    Dispositivo de telecomunicação para surdos    Outro

Si no habla inglés o tiene un impedimento auditivo o una discapacidad, háganos saber cómo podemos ayudarle (con un intérprete, lengua de señas, número de teléfono TDD/TTY al que debemos llamar, dispositivo de ayuda para escuchar, etc.) o traiga su asistencia propia.

Se você não fala inglês, ou tem uma deficiência auditiva ou uma deficiência física, informe-nos sobre como podemos ajudar (um intérprete, intérprete de língua de sinais, ligação por telefone TDD/TTY, um dispositivo de propina telecomunicação para surdos, etc.) ou pode trazer alguém para ajudá-lo(a).

**Se não conseguiu obter ajuda, ligue para o Community Relations Liaison Officer (representante de relações com a comunidade) no número 415-8500 (TDD 462-6239)**



**PARA ENVIO MANUAL, PREENCHA COM TINTA AZUL OU PRETA OU IMPRIMA EM PRETO E BRANCO**

# REGISTRO DO PEDIDO



Se não conseguir finalizar o pedido hoje, pode preencher esta página e devolver para o DHS. com alimentação (SNAP), só é necessário preencher o nome, endereço (a menos que seja morador de rua) e assinatura.

## NOME

Nome

Nome do meio

Sobrenome

## ENDEREÇO RESIDENCIAL – o lugar onde mora atualmente

Sou morador de rua

Se for morador de rua, inclua o nome da cidade e endereço para correspondência. Se não tiver um endereço para correspondência, coloque o endereço do escritório do DHS.

Endereço

Cidade

Estado

Código postal (ZIP)

Apt./Lot#

## ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA – se diferente do acima (Rua, Cidade, Estado, ZIP)

Endereço

Cidade

Estado

Código postal (ZIP)

Apt./Lot#

É necessário um número de Segurança Social (SSN) para as pessoas que estão solicitando assistência que tenham um SSN ou que possam obter um.

Se precisar de ajuda para solicitar um SSN, um representante do DHS pode ajudá-lo(a).



Número da Segurança Social

Data de nascimento

Telefone celular:

Telefone residencial:

E-mail:

Como deseja ser contatado(a)?  Correspon dência por escrito  E-mail

Quanto dinheiro você e os membros da família têm no banco? \$

Qual é a renda mensal total (antes dos impostos) que você e todos os membros da sua família recebem? \$

Qual é o valor mensal atual do aluguel/hipoteca? \$

Você paga por aquecimento ou resfriamento (por exemplo, ar condicionado)?  S  N

Algum dos requerentes é trabalhador agrícola migrante ou sazonal?  S  N

Você pode obter os benefícios do SNAP dentro de 7 dias se a soma da sua renda, dinheiro em espécie e dinheiro no banco for menor que as despesas mensais; ou caso a renda mensal é abaixo de US\$ 150 e o dinheiro no banco e recursos líquidos são inferiores a US\$ 100; ou caso seja um trabalhador agrícola migrante ou sazonal.



Assine aqui

Sob pena de perjúrio, declaro que li este pedido e, tanto quanto é do meu conhecimento e crença, incluindo as informações relacionadas à cidadania e ao status de não cidadania, as respostas fornecidas neste são verdadeiras. Se estiver utilizando um Representante Autorizado, ao assinar abaixo, permito que este representante assine meu pedido, obtenha informações oficiais sobre este pedido e atue por mim em todas as questões futuras com este órgão. Se assinar esta página e enviar hoje, ainda assim precisará preencher um formulário completo. Os benefícios começam a partir da data em que o escritório recebe o pedido.

Assinatura do requerente

Assinatura do representante

Data

Precisa de mais espaço para escrever? Vá para as páginas 13-14 para obter mais espaço.

Sim, adicionei mais anotações

# MEMBROS DA FAMÍLIA

Liste abaixo todos os membros da família, incluindo você que vivem em sua casa agora, mesmo que não desejam assistência.

Etnia/raça é opcional para garantir que os benefícios do programa sejam distribuídos sem levar em consideração a raça, cor e nacionalidade

## Membro da família 1

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Relacionamento com o requerente	Nome completo:	SSN	Data de nascimento
Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> X	Cidadão americano/Nacional <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Cidadão naturalizado/Cidadão derivado? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Casado <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Etnia (opcional):	Raça (opcional):		
<input type="checkbox"/> Hispânica/latina	<input type="checkbox"/> Afro-americana/negra	<input type="checkbox"/> Índio-americano ou nativo do Alaska	<input type="checkbox"/> Asiática
<input type="checkbox"/> Não hispânica ou latina	<input type="checkbox"/> Nativo do Haváí/outras ilhas do Pacífico	<input type="checkbox"/> Branca	<input type="checkbox"/> Outra

## Membro da família 2

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Relacionamento com o requerente	Nome completo:	SSN	Data de nascimento
Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> X	Cidadão americano/Nacional <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Cidadão naturalizado/Cidadão derivado? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Casado <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Etnia (opcional):	Raça (opcional):		
<input type="checkbox"/> Hispânica/latina	<input type="checkbox"/> Afro-americana/negra	<input type="checkbox"/> Índio-americano ou nativo do Alaska	<input type="checkbox"/> Asiática
<input type="checkbox"/> Não hispânica ou latina	<input type="checkbox"/> Nativo do Haváí/outras ilhas do Pacífico	<input type="checkbox"/> Branca	<input type="checkbox"/> Outra

# MEMBROS DA FAMÍLIA - CONTINUAÇÃO



Os membros da família que optem por não receber benefícios não são obrigados a fornecer informações sobre cidadania/imigração.

sobre cidadania/imigração. Membros da família que desejam obter benefícios devem fornecer informações sobre cidadania ou status de imigração.

Se for um não cidadão e estiver solicitando benefícios, todas as informações fornecidas aqui estarão sujeitas a verificação pelo Serviços de Cidadania e Imigração dos Estados Unidos (USCIS - anteriormente conhecido como INS) por meio da apresentação de informações deste pedido para USCIS. As informações enviadas recebidas do USCIS podem afetar a elegibilidade e o nível de benefícios do seu agregado familiar.

A quantia de benefícios dependerá do número de pessoas que estiver solicitando benefícios, mas os membros elegíveis da família que se inscreverem poderão obter benefícios mesmo que algumas pessoas no agregado familiar não estiverem solicitando benefícios.

Os membros do agregado familiar que não desejam receber benefícios deverão fornecer informações, caso seja necessário para determinar a elegibilidade e o montante do benefício para as pessoas que se inscreveram.

**Não cidadão 1**

Nome do não cidadão americano  / /  / /  Data de admissão nos EUA

País de origem  Registro de estrangeiro  / /  Data do vencimento do documento

Nome no documento de imigração  / /  USCIS/INS ou Data da residência permanente (se aplicável)  Visto estrangeiro ou SEVIS ID

Status de não cidadão (Selecione um)

<input type="checkbox"/> Residente permanente legal	<input type="checkbox"/> Asilados
<input type="checkbox"/> Imigrante com autorização condicional de entrada nos EUA	<input type="checkbox"/> Imigrante condicional
<input type="checkbox"/> Vítima de tráfico de pessoas	<input type="checkbox"/> Imigrante cubano/haitiano
<input type="checkbox"/> Residente temporário legal	<input type="checkbox"/> Cônjuge/filhos/pais violentados
<input type="checkbox"/> Visto de status temporário protegido	<input type="checkbox"/> Visto de trabalho
<input type="checkbox"/> Visto de estudante	<input type="checkbox"/> Refugiado
<input type="checkbox"/> Concedida suspensão de deportação/remoção	
<input type="checkbox"/> Outros: <input type="text"/>	

Essa pessoa foi patrocinada?  S  N

**Se sim, forneça abaixo as informações do patrocinador:**

Nome do patrocinador:  Telefone do patrocinador:

O patrocinador é um indivíduo ou uma agência?  Indivíduo  Agência

O patrocinador é um membro da família?  S  N

Você recebe ajuda financeira do patrocinador?  S  N

# MEMBROS DA FAMÍLIA - CONTINUAÇÃO

## Não cidadão 2

/ /  
Nome do não cidadão americano Data de admissão nos EUA

País de origem Número de registro de estrangeiro

/ /  
Nome no documento de imigração Data de validade do documento

/ /   
USCIS/INS ou Data da residência permanente (se aplicável) Visto estrangeiro ou ID SEVIS

### Status de não cidadão (Selecione um)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Residente permanente legal                 | <input type="checkbox"/> Asilado                         |
| <input type="checkbox"/> Autorização condicional de entrada nos EUA | <input type="checkbox"/> Imigrante condicional           |
| <input type="checkbox"/> Vítima de tráfico de pessoas               | <input type="checkbox"/> Imigrante cubano/haitiano       |
| <input type="checkbox"/> Residente temporário legal                 | <input type="checkbox"/> Cônjuge/filhos/pais violentados |
| <input type="checkbox"/> Visto de status temporário protegido       | <input type="checkbox"/> Visto de trabalho               |
| <input type="checkbox"/> Visto de estudante                         | <input type="checkbox"/> Refugiado                       |
| <input type="checkbox"/> Concedida suspensão de deportação/remoção  |  |
| <input type="checkbox"/> Outro: <input type="text"/>                |  |

Essa pessoa foi patrocinada?  S  N

### Se sim, forneça abaixo as informações do patrocinador:

Nome do patrocinador: Telefone do patrocinador:

O patrocinador é um indivíduo ou uma agência?  Individual  Agência

O patrocinador é um membro da família?  S  N

Você recebe ajuda financeira do patrocinador?  S  N

# Detalhes do agregado familiar

É necessário selecionar um chefe de família. Chefe de casa é normalmente um pai/mãe adulto das crianças ou uma pessoa que trabalha e sustenta financeiramente o agregado familiar. Se não houver nenhum pai ou indivíduo trabalhando, pode selecionar qualquer adulto para ser chefe de família. Selecione um chefe de família abaixo.

## IDENTIFICAR UM CHEFE DE FAMÍLIA

Quem é o chefe da família?

Nome completo

Como gostaria de ser entrevistado para o SNAP?

Entrevista por telefone

Entrevista presencial

## REPRESENTANTE AUTORIZADO

Os representantes autorizados podem concluir a entrevista, obter informações sobre seu caso e você e seu representante autorizado receberão e-mails/notificações sobre o caso.

Você deseja que uma outra pessoa aja ou te represente neste caso?  S  N

Se sim, preencha as informações abaixo:

Nome do representante autorizado:

Nome

Nome do meio

Sobrenome

SSN

Data de nascimento

Endereço do representante:

Endereço

Cidade

Estado

ZIP

Apt./Lot

Número de telefone do representante

E-mail do representante

# DADOS DO AGREGADO FAMILIAR CONTINUAÇÃO

Uma pessoa do agregado familiar compra e cozinha separadamente do resto da família?  S  N

Se sim, quem?

Alguém está vivendo em condições de moradia e coabitação em grupo (como um abrigo para moradores de rua, abrigo para vítimas de violência doméstica, um hospital, lar de terceira idade, um dormitório ou em grupo) agora, ou que se espera estar por mais de 30 dias?  S  N

Se sim, quem?

Nome da instituição

Tipo de instituição

Alguns requerentes participam de um programa de tratamento de álcool ou drogas?  S  N

Se sim, quem?

Alguém é pensionista? Alguém é uma criança ou um adulto adotivo?  S  N

Alguns requerentes estão recebendo o SNAP de outro estado?  S  N

Alguns requerentes já solicitaram ou receberam vales alimentação/SNAP em RI ou outro estado?  S  N

Se sim, quem?

Alguém do agregado familiar vive com uma deficiência mental, emocional ou física ou doença, ou é cego?

S  N Se sim, quem?

Descreva:

Alguns requerentes estão temporariamente ausentes (menos de 30 dias) da casa (trabalho, militar, hospital, etc.)?

S  N Se sim, quem?

Alguns requerentes são cuidadores que não sejam um dos pais?

S  N Se sim, quem?

Alguns requerentes estão presos?

S  N Se sim, quem?

# RENDA

Exemplos: Salário; Seguro de desemprego; Renda de segurança suplementar (SSI); Pensão alimentícia; seguro por acidentes de trabalho ; pensão alimentícia (filhos); aposentadoria da segurança social, sobrevivência, invalidez, benefício de seguro (RSDI/SSDI); pensão/aposentadoria; assistência social/subsídio de adoção; empréstimos; juros/dividendos; renda/benefícios tribais; Benefícios de veteranos de guerra/Pagamentos efetuados diretamente do salário de militares; Pagamento de TDI/TCI/Deficiência; Outro (descrever)

Algum requerente tem renda?

S  N Se sim, verifique as rendas aplicáveis abaixo:

## Renda 1

\$   
Membro da família 1 Valor

- Renda de trabalho  Pensão alimentícia aos filhos = CI  Empréstimos  Renda/benefícios tribais  
 Seguro desemprego  Renda de segurança suplementar (SSI)  Pensão alimentícia ao(à) cônjuge  
 Seguro por acidente de trabalho  Pensão/Aposentadoria  Pagamento TDI/TCI/deficiência  
 Empréstimos  Auxílio ao acolhimento familiar/Adoção  Juros/Dividendos  
 Aposentadoria da Segurança Social, Sobreviventes, Deficiência, Benefício de Seguro (RSDI/SSDI)  
 Benefícios para veteranos de guerra/Pagamentos efetuados diretamente do salário de militares  Empréstimos estudantis/ Bolsas de estudo  Outro

Tipo de renda

Com que frequência recebe sua outra renda?

Por hora  Semanalmente  Quinzenalmente  Mensalmente  Anualmente

## Renda 2

\$   
Membro da família 1 Valor

- Renda de trabalho  Pensão alimentícia aos filhos = CI  Empréstimos  Renda/benefícios tribais  
 Seguro desemprego  Renda de segurança suplementar (SSI)  Pensão alimentícia ao(à) cônjuge  
 Seguro por acidente de trabalho  Pensão/Aposentadoria  Pagamento TDI/TCI/deficiência  
 Empréstimos  Auxílio ao acolhimento familiar/Adoção  Juros/Dividendos  
 Aposentadoria da Segurança Social, Sobreviventes, Deficiência, Benefício de Seguro (RSDI/SSDI)  
 Benefícios para veteranos de guerra/Pagamentos efetuados diretamente do salário de militares  Empréstimos estudantis/ Bolsas de estudo  Outro

Tipo de renda

Com que frequência recebe sua outra renda?

Por hora  Semanalmente  Quinzenalmente  Mensalmente  Anualmente



# DESPESAS

Para alguns agregados familiares, a comunicação das despesas pode afetar a elegibilidade. Além disso, a comunicação de despesas nesta seção pode afetar o valor dos benefícios que você receberá. Se sua família for considerada elegível e você não relatar uma despesa, presumiremos que não quer que essa despesa seja levada em consideração. Relatar as despesas pode ajudar a aumentar os benefícios do SNAP.

Todos os requerentes são encorajados a responder estas perguntas.

## DESPESAS DOMICILIARES

Alguém paga as despesas da casa?  S  N

Se sim, liste abaixo

Quem?

 \$ 

Tipo de despesa

Valor

Com que frequência:  Semanalmente  Quinzenalmente  Bimensalmente  Mensalmente  Trimestral  Anual

Quem?

 \$ 

Tipo de despesa

Valor

Com que frequência:  Semanalmente  Quinzenalmente  Bimensalmente  Mensalmente  Trimestral  Anual

Mais alguém ajuda a pagar (colega de quarto, pai/mãe, etc.)?  S  N

Se sim, liste abaixo:

 \$ 

Quem?

Valor

## SERVIÇOS PÚBLICOS

Alguém paga pelos serviços públicos (incluindo custos sazonais)?  S  N

Se sim:  Aquecimento  Arrefecimento  Telefone  Outro

Alguém que tenha se inscrito ao SNAP recebeu Assistência à Energia Residencial de Baixa Renda (LIHEAP) nos últimos 12 meses?

S  N

Exemplos: Aluguel; Contrato de venda de terreno; Seguro residencial\*; Hipoteca; Aluguel de espaço em trailer parque; Imposto sobre a propriedade\*; Outro (descrever na tabela abaixo.

\* Liste apenas o seguro/imposto sobre a propriedade se não estiver incluído na hipoteca

# DESPESAS - CONTINUAÇÃO

## SERVIÇOS MÉDICOS

Algum requerente tem despesas médicas diretas?  S  N

Se sim, liste abaixo:

Quem?

Tipo de despesa

Montante mensal

Quem?

Tipo de despesa

Montante mensal

Algum requerente viaja de e/ou para serviços médicos (como farmácia, médico, terapeuta, etc.)?  S  N

Se sim, liste abaixo:

Quem?

Número de viagens de carro por semana

Valor

Endereço do médico

## TRATAMENTO DE DEPENDENTE

Algum requerente paga as despesas de tratamento de dependentes?  S  N

Se sim, liste abaixo:

Pessoa que paga

Tipo de despesa

Quantia

Com que frequência:  Semanalmente  Quinzenalmente  Bimensalmente  Trimestralmente  Anual

Pessoa 2 que paga

Tipo de despesa

Quantia

Com que frequência:  Semanalmente  Quinzenalmente  Bimensalmente  Trimestralmente  Anualmente

## PENSÃO ALIMENTÍCIA AOS FILHOS

Você, seu cônjuge ou qualquer pessoa no agregado familiar paga pensão alimentícia aos filhos ordenado pelo tribunal Para qualquer pessoa que não viva na casa?  S  N

Se sim:

\$ Quantia Com que frequência paga:  Semanalmente  Quinzenalmente  Bimensalmente  Trimestralmente  Anualmente

Exemplos: Tratamentos médicos, tratamentos dentários, convênio médico, medicamentos, outros (medicamentos de venda livre, suprimentos médicos, etc.)

Exemplos: Custo de estacionamento, transporte público, traslado, táxi, etc.

Exemplos: Cuidados infantis (creche, programas após as aulas, etc.) ou Cuidados para um adulto com deficiência

# INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Você ou algum membro da família está se escondendo ou fugindo da lei para evitar processos, ser levado sob custódia, ou ir para a prisão, por um crime ou tentativa de crime, ou por violar uma condição ou liberdade condicional?

S  N Se sim, quem?  / /  Estado

Você ou algum membro do agregado familiar foi condenado como adulto de abuso sexual com agravante, assassinato, exploração sexual e outros abusos de crianças, uma ofensa federal ou estadual envolvendo agressão sexual, ou uma ofensa sob a lei estadual determinada pelo Procurador-Geral a ser substancialmente semelhante a tal ofensa, após 7 de fevereiro de 2014?  S  N

Se sim, você está em conformidade com sua sentença por esta condenação?  S  N

Algum requerente já foi desqualificado de receber assistência alimentar devido a fraude de assistência social ou uma violação intencional do programa em qualquer estado, incluindo Rhode Island?  S  N

Nome:

Você ou algum membro da família foi condenado por negociar benefícios do SNAP para armas, munições ou explosivos depois de 22 de setembro de 1996?  S  N

Nome:

Você ou algum membro de sua família foi condenado por comprar ou vender benefícios do SNAP acima de US\$ 500 após 22 de setembro de 1996?  S  N

Nome:

Você ou algum membro de sua família foi condenado por negociar SNAP benefícios para drogas após 22 de setembro de 1996?  S  N

Nome:

# TODOS OS REQUERENTES DEVEM ASSINAR ESTA PÁGINA

## DIREITOS

Após a determinação da elegibilidade, se acredita que o Departamento de Serviços Humanos de Rhode Island (DHS) cometeu um erro ao determinar sua elegibilidade, pode solicitar uma audiência.

De acordo com a lei federal de direitos civis e os regulamentos e políticas de direitos civis do Departamento de Agricultura dos EUA (USDA), esta instituição está proibida de discriminar com base em raça, cor, origem nacional, sexo (incluindo identidade de gênero e orientação sexual), credo religioso, deficiência, idade, crenças políticas ou represália ou retaliação por atividades anteriores de direitos civis.

As informações do programa podem ser disponibilizadas em outros idiomas além do inglês. Pessoas com deficiência que precisam de meios alternativos de comunicação para obter informações do programa (por exemplo, Braille, letras grandes, fita sonora, American Sign Language) devem entrar em contato com a agência (estadual ou local) onde solicitaram benefícios. Pessoas surdas, com deficiência auditiva ou com deficiência de fala podem entrar em contato com o USDA por meio do Federal Relay Service pelo telefone (800) 877-8339.

Para registrar uma reclamação de discriminação do programa, um Reclamante deve preencher um Formulário AD-3027, Formulário de Reclamação de Discriminação do Programa USDA, que pode ser obtido online em: [https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR % 20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf](https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf), em qualquer escritório do USDA, ligando para (833) 620-1071 ou escrevendo uma carta endereçada ao USDA. A carta deve conter o nome, endereço, número de telefone e uma descrição por escrito da suposta ação discriminatória em detalhes suficientes para informar

o Secretário Adjunto de Direitos Civis (ASCR) sobre a natureza e a data de uma suposta violação dos direitos civis. O formulário ou carta AD-3027 preenchido deve ser enviado para: (1) Correio: Food and Nutrition Service, USDA, 1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314; ou (2) fax: (833) 256-1665 ou (202) 690-7442; ou (3) e-mail: FNCSIVIL-RIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov.

Esta instituição oferece igualdade de oportunidades. O Departamento de Serviços Humanos de Rhode Island (DHS) não discrimina nenhum indivíduo ou grupo por causa de raça, religião, idade, nacionalidade, cor, altura, peso, estado civil, informações genéticas, sexo, orientação sexual, identidade ou expressão de gênero, crenças políticas ou deficiência.

## RESPONSABILIDADES

 Ao assinar este pedido, você concorda com essas responsabilidades. Consulte o Manual para obter uma descrição completa dos seus direitos e responsabilidades.

- ✓ Eu disse a verdade; eu entendo que eu posso ser responsabilizado criminalmente por mentir sobre este pedido.
- ✓ fornecer documentos que comprovem que o que eu disse ao departamento é verdade.
- ✓ Terei que reembolsar quaisquer benefícios que eu não deveria ter recebido, mesmo que seja um erro do departamento.
- ✓ Preciso informar o departamento sobre quaisquer alterações nas informações que forneci na minha inscrição. Seus requisitos de relatório de alterações serão incluídos em seu aviso de decisão. Se não tiver certeza da obrigação de notificação, entre em contato com um funcionário do DHS.
- ✓ Concordo em cooperar com revisores estaduais ou federais em caso de auditoria.
- ✓ Usarei meus benefícios legalmente e não venderei, negociarei ou doarei meus benefícios online ou pessoalmente.
- ✓ Entendo que as informações fornecidas neste pedido estarão sujeitas a verificação por funcionários federais, estaduais ou locais para determinar se as informações são verdadeiras. Se alguma informação estiver incorreta, os benefícios podem ser negados e você pode estar sujeito a processo criminal por fornecer informações incorretas conscientemente.
- ✓ Eu entendo que se qualquer membro da minha família violar intencionalmente uma regra do SNAP será barrado do SNAP por um ano até permanentemente, e será multado em até U \$ 250.000,00 e preso por até 20 anos ou ambos. Ele(a) também pode estar sujeito a processo sob outras leis federais e estaduais aplicáveis. Ele(a) também pode ser barrado do SNAP por mais 18 meses, se o tribunal assim ordenar.
- ✓ Entendo que o DHS é obrigado a usar o Sistema de Verificação de Renda e Elegibilidade (IEVS - Income and Eligibility Verification System) no momento do pedido e a cada recertificação. As informações disponíveis por meio dos IEVs serão solicitadas, usadas e poderão ser verificadas por meio de contatos colaterais em caso de discrepâncias. Essas informações podem afetar a elegibilidade do agregado familiar e o nível de benefícios.
- ✓ Entendo que, no que se refere ao SNAP, sou obrigado a relatar ganhos de loteria/jogo acima do limite para um agregado familiar de idoso/deficiente (mesmo que eu não seja idoso ou deficiente) para mim ou qualquer pessoa no meu agregado familiar e que meu agregado familiar será desqualificado do SNAP se um beneficiário do SNAP no meu agregado familiar ganhar acima desse valor.



Li e concordo com os Direitos e Responsabilidades anexados a este pedido

## Assine aqui

Sob pena de perjúrio, declaro que li este pedido e, no melhor de meu conhecimento e crença, as respostas que dou neste pedido são verdadeiras, incluindo informações sobre o agregado familiar, cidadania e não cidadania, e listei todos os valores e fontes de renda e propriedade que recebo/posso. Se estiver usando um Representante Autorizado, ao assinar abaixo, permito que este representante assine meu pedido, obtenha informações oficiais sobre este pedido e atue por mim em todas as questões futuras com este órgão. Se estiver assinando como Representante Autorizado para a cobertura de Cuidados de Saúde, atesto o meu acordo para atender à confidencialidade e agir no melhor interesse do beneficiário.

Assinatura do requerente	_____/_____/_____ Data	<b>APENAS PARA USO DO PESSOAL:</b> Quando a entrevista presencial for concluída:
Assinatura do(a) cônjuge <i>Se aplicável</i>	_____/_____/_____ Data	Assinatura do requerente
Assinatura do representante autorizado <i>Se aplicável</i>	_____/_____/_____ Data	_____/_____/_____ Data

Precisa de mais espaço para escrever? Vá para as páginas 13-14 para obter mais espaço.

Sim, adicionei mais anotações

# OBSERVAÇÕES

Página	

# OBSERVAÇÕES

Página	

## Direitos e Responsabilidades

**DIREITO a tratamento não discriminatório.** De acordo com a lei federal de direitos civis e os regulamentos e políticas de direitos civis do Departamento de Agricultura dos EUA (USDA), esta instituição está proibida de discriminar com base em raça, cor, origem nacional, sexo (incluindo identidade de gênero e orientação sexual), credo religioso, deficiência, idade, crenças políticas ou represália ou retaliação por atividades anteriores de direitos civis.

As informações do programa podem ser fornecidas em outros idiomas além do inglês. Pessoas com deficiência que necessitam de meios alternativos de comunicação para obter informações sobre o programa (por exemplo, Braille, letras grandes, fita sonora, American Sign Language), devem entrar em contato com o órgão (estadual ou local) onde solicitaram benefícios. Pessoas surdas, com deficiência auditiva ou com deficiência de fala podem entrar em contato com o USDA por meio do Federal Relay Service no número (800) 877-8339.

Para registrar uma reclamação de discriminação do programa, um denunciante deve preencher o Formulário AD-3027, Formulário de Reclamação de Discriminação do Programa USDA, que pode ser obtido online em: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, de qualquer escritório do USDA, ligando para (833) 620-1071, ou enviando uma carta para o USDA. A carta deve conter o nome, endereço, número de telefone e uma descrição por escrito da suposta ação discriminatória em detalhes suficientes para informar o Secretário Adjunto de Direitos Civis (ASCR) sobre a natureza e a data de uma suposta violação dos direitos civis. O formulário AD-3027 preenchido ou carta deve ser enviado para:

Correio:

Food and Nutrition Service, USDA  
1320 Braddock Place, Room 334  
Alexandria, VA 22314; ou

Fax:

(833) 256-1665 ou (202) 690-7442; ou

E-mail:

[FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov](mailto:FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov)

Esta instituição oferece igualdade de oportunidades.

De acordo com o Título VI da Lei de Direitos Civis de 1964 (42 USC 2000d et seq.), Seção 504 da Lei de Reabilitação de 1973, conforme alterada (29 U.S.C. 794), Lei de Americanos com Deficiência de 1990 (42 U.S.C. 12101 et seq.) e Título IX das Emendas de Educação de 1972 (20 U.S.C. 1681 et seq.), a Lei de Alimentos e Nutrição de 2008 (anteriormente a Lei de Selos Alimentares), a Lei de Discriminação Etária de 1975, a Regulamentos de implementação do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA (45 CFR Partes 80 e 84) e os regulamentos de implementação do Departamento de Educação dos EUA (34 CFR Partes 104 e 106), e o Departamento de Agricultura, Alimentação e Nutrição dos EUA (7 CFR 272.6); o EOHHS e o Departamento de Serviços Humanos (DHS), não discrimina com base em raça, cor, origem nacional, deficiência, religião, crenças políticas, idade, religião ou gênero na aceitação ou prestação de serviços, emprego ou tratamento, em sua educação e outras atividades do programa. Nos termos de outras disposições da lei aplicável, o EOHHS/DHS não discrimina com base na orientação sexual, identidade de gênero ou expressão. Para obter mais informações sobre essas leis, regulamentos e procedimentos de reclamação de não discriminação ou para resolução de reclamações de discriminação, entre em contato com o DHS pelo telefone 1-855-697-4347 (para surdos/deficientes

auditivos 1-800-745-6575 Voz; 1-800-745-5555 TTY ou 711).

O representante das relações comunitárias é o coordenador da execução do Título VI, Gabinete de Serviços de Reabilitação (ORS)

O administrador ou seu designado é o coordenador para a implementação do Título IX, Seção 504 e ADA. O Diretor do DHS ou seu representante tem responsabilidade geral pelo cumprimento dos direitos civis para todos os programas do órgão. O Secretário do EOHHS é responsável por questões de discriminação relacionadas ao Medicaid e quaisquer reclamações serão encaminhadas adequadamente.

**DIREITO à confidencialidade.** De acordo com a lei estadual, todos os órgãos que administram programas incluídos como parte deste pedido estão obrigados por leis e regulamentos estaduais e federais a usar informações sobre você e outros membros de sua família apenas para fins diretamente relacionados à administração dos programas e em conformidade com os Padrões da Lei de Portabilidade e Responsabilidade de Convênios Médicos (HIPAA - Health Insurance Portability and Accountability Act ) referente à Privacidade de Informações de Saúde Individualmente Identificáveis. As restrições da HIPAA nos impedem de discutir informações de saúde sua ou de qualquer membro de sua família com qualquer pessoa, incluindo um representante não autorizado, a menos que esse indivíduo tenha procuração ou que você tenha assinado um formulário de consentimento autorizando a divulgação dessas informações. Isso inclui a divulgação de informações sobre saúde mental, HIV, AIDS, resultados de testes de DST ou serviços ou tratamento de dependência química. Entendo que, ao assinar este pedido, estou dando ao EOHHS e ao DHS meu consentimento para usar ou divulgar informações de saúde protegidas para fins de tratamento, pagamento e operações de saúde de acordo com os avisos dos órgãos aplicáveis sobre práticas de privacidade. O EOHHS e o DHS não divulgam informações sobre você ou outros membros de sua família sem o seu consentimento, exceto conforme previsto nas Leis Gerais de Rhode Island 40-6-12, 40-6-12.1 e 42-7.2-5 (13), regulamentos estabelecidos no Código Administrativo do DHS e nos Códigos de Normas Administrativas do Medicaid. Qualquer pessoa considerada culpada de violar as disposições das Leis Gerais de Rhode Island 40-6-12 será considerada culpada de uma contravenção. Os infratores estão sujeitos a uma multa máxima de US\$ 200 (duzentos dólares), ou prisão de até 6 (seis) meses, ou ambos.

Você tem o DIREITO de se inscrever para mais de um programa juntos ou se inscrever separadamente para os benefícios do SNAP ou Medicaid sem solicitar outros benefícios do programa. Todos os pedidos do SNAP, independentemente de serem pedidos conjuntos separados, devem ser processados para fins do SNAP de acordo com os requisitos processuais, de pontualidade, notificação e audiência justa. Nenhum agregado familiar deve ter seu pedido SNAP ou Medicaid negado apenas com base no fato de que um pedido de participação em outro programa tenha sido negado ou que benefícios sob outro programa foram cancelados sem uma determinação separada pelo órgão apropriado de que o agregado familiar não satisfaz um requisito de elegibilidade SNAP. Os agregados familiares que apresentarem um pedido conjunto do SNAP e outro programa e forem negados benefícios para o outro programa não serão obrigados a reenviar o pedido conjunto ou a apresentar outro pedido do SNAP, mas terão a sua elegibilidade SNAP determinada com base no pedido conjunto de acordo com os prazos de processamento SNAP a partir da data em que o pedido conjunto foi aceito pelo Departamento.

Você tem o DIREITO de nomear um representante autorizado. Um representante autorizado é uma pessoa designada pelo chefe da família ou pelo cônjuge, ou qualquer outro membro responsável do agregado familiar, para agir em nome do agregado familiar ao solicitar benefícios do programa ou usar os benefícios. O representante autorizado para benefícios pode ou não ser a mesma pessoa designada como representante autorizado para o processo de inscrição ou para atender aos requisitos de comunicação. A designação do representante autorizado deve ser feita por escrito.



## RESPONSABILIDADES

**Você tem a RESPONSABILIDADE** de fornecer informações precisas sobre sua renda, recursos e condições de vida neste pedido.

**Você tem a RESPONSABILIDADE** de informar o DHS dentro de 10 (dez) dias sobre quaisquer alterações na renda, recursos, composição familiar ou quaisquer outras alterações que afetem sua família. Se não nos fornecer as informações ou solicitar mais tempo, poderemos negar, rescindir ou alterar seus benefícios. Se tiver dúvidas sobre os requisitos de comunicação, entre em contato com o DHS para obter ajuda.

**Você tem a RESPONSABILIDADE** de fornecer números da Segurança Social (ou comprovante de solicitação de um) para você e sua família, ou de solicitar, se necessário, para sua família como condição de elegibilidade. A coleta de informações sobre o pedido, bem como os números da Segurança Social de todos os membros da família para os quais você recebe assistência, está autorizada pela Lei de Alimentos e Nutrição de 2008 (anteriormente a Lei de Vale Alimentação), conforme alterada, 7 U.S.C. 2011-2036 e pela Lei Federal (45 CFR 155.305 e 42 CFR 435.910). Essas informações serão usadas para determinar se sua família se qualifica ou se continua a ser elegível para participar do SNAP.

O Departamento verificará essas informações por meio de correspondência realizada por computador com o Sistema de Verificação de Renda e Elegibilidade (IEVS), o Departamento de Trabalho e Treinamento, Administração da Segurança Social, Receita Federal, Serviço de Alimentação e Nutrição e outras entidades governamentais e não governamentais autorizadas por lei, regulamento ou contrato, e estarão sujeitas a verificação por funcionários federais, estaduais e locais. As informações sobre renda e elegibilidade obtidas desses órgãos serão usadas para garantir que sua família se qualifique e receba o valor correto dos benefícios do SNAP. As informações disponíveis pelo IEVS podem ser verificadas por meio de contatos colaterais no caso de serem encontradas discrepâncias, o que pode afetar a elegibilidade e o nível de benefícios do seu agregado familiar. Essas informações também serão usadas para monitorar a conformidade com os regulamentos do programa, para o gerenciamento do programa, bem como para evitar fraudes. Elas podem ser divulgadas a outros órgãos federais e estaduais para análise oficial e a autoridades policiais com a finalidade de prender pessoas que fogem para evitar a lei. No caso de uma reclamação contra sua família, as informações deste pedido, incluindo todos os SSNs, podem ser encaminhados a órgãos federais e estaduais, bem como órgãos privados de cobrança de reclamações para ação de cobrança de reclamações. O fornecimento das informações solicitadas é opcional. No entanto, o não fornecimento de um SSN resultará na negação de benefícios a qualquer pessoa que solicite benefícios. Quaisquer SSNs fornecidos serão usados e divulgados da mesma maneira que SSNs de membros elegíveis da família.

**Você tem a RESPONSABILIDADE** de relatar e fornecer comprovantes de despesas, a fim de obter o valor máximo de benefícios do SNAP permitidos. Não relatar ou fornecer prova de despesas será considerado como sendo uma declaração de que você não deseja receber uma dedução pela despesa não declarada ou não comprovada.

**Você tem a RESPONSABILIDADE** de cooperar plenamente com os funcionários estaduais e federais que realizam as revisões de controle de qualidade.

Apenas cidadãos dos EUA e determinados imigrantes legais podem se qualificar para receber os benefícios do SNAP. Se houver não cidadãos vivendo com você que não se qualifiquem, você pode solicitar e receber benefícios para os membros do agregado familiar que se qualificam. Você não é obrigado a fornecer informações de imigração para pessoas que não solicitam benefícios, mas poderá ter que fornecer outras informações para essas pessoas, como renda e recursos.

### Substituição do cartão SNAP EBT:

Os portadores de cartões que solicitarem 4 (quatro) ou mais substituições de cartões EBT dentro de um período de 12 (doze) meses podem ser encaminhados à Unidade de Fraude para investigação de uso indevido ou abuso do cartão EBT. Violações documentadas podem resultar em uma ou mais das seguintes medidas:

- Desqualificação do programa;
- Recuperação por meio de indenização/restituição; e/ou
- Encaminhamento para processo criminal

Em todos os casos, o órgão deve agir de forma a proteger os agregados familiares que contenham pessoas moradores de rua, idosos ou deficientes, vítimas de crimes e outras pessoas vulneráveis que possam perder os cartões EBT, mas que não tenham cometido fraude.

### AVISOS DE PENALIDADE DO SNAP

Entendo que:

Qualquer membro da minha família violar intencionalmente uma regra do SNAP será barrado do SNAP por um ano até permanentemente, e será multado em até U\$ 250.000,00 e preso por até 20 anos ou ambos. Ele(a) também pode estar sujeito a processo sob outras leis federais e estaduais aplicáveis. Ele (a) também pode ser barrado do SNAP por mais 18 meses, se o tribunal assim ordenar. Qualquer membro da minha família que intencionalmente violar uma norma do SNAP pode ser barrado do Programa de Assistência Nutricional Suplementar:

- Por um período de 1 (um) ano para a primeira violação, com as exceções dos números 1. a 5. abaixo;
  - Por um período de 2 (dois) ano para a segunda violação, com as exceções dos números 1. a 5. abaixo; e
  - Permanentemente para a terceira ocorrência de qualquer violação intencional do programa.
1. Indivíduos que sejam considerados por um tribunal federal, estadual ou local como tendo usado ou recebido benefícios do SNAP em uma transação envolvendo a venda de armas de fogo, munições ou explosivos serão permanentemente desqualificados para o Programa de assistência de nutrição suplementar na primeira ocorrência de tal violação.
  2. Indivíduos que tenham feito uma declaração ou representação fraudulenta com relação à sua identidade ou local de residência para receber vários benefícios do SNAP simultaneamente não serão elegíveis qualificados para participar do Programa de assistência de nutrição suplementar por um período de 10 (dez) anos.
  3. Indivíduos que sejam considerados culpados por um tribunal federal, estadual ou local por usar ou receber benefícios em uma transação envolvendo a venda de uma substância controlada (conforme definido na seção 102 da Lei de Substâncias Controladas (21 USC 802) não será qualificado para receber benefícios por dois anos para a primeira infração e permanentemente para a segunda infração.
  4. Indivíduos que sejam considerados culpados por um tribunal por comprar ou vender drogas ilegais ou certas drogas prescritas em troca de benefícios do SNAP serão proibidos de participar do SNAP por 24 meses pela primeira infração e permanentemente pela segunda infração.
  5. Um indivíduo que seja condenado por um tribunal federal, estadual ou local por ter traficado

benefícios por um valor agregado de US\$ 500 ou mais será permanentemente desqualificado para receber benefícios do SNAP na primeira ocorrência de tal violação.

Tráfico conforme definido em 7 CFR 271.2 significa:

- 1) Comprar, vender, roubar ou tentar comprar, vender, roubar ou de outra forma efetuar uma troca dos benefícios do SNAP emitidos e acessados por meio de cartões de Transferência Eletrônica de Benefícios (EBT), números de cartões e números de identificação pessoal (PINs), ou por comprovante e assinatura manual, por dinheiro ou contraprestação que não seja alimento elegível, 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 do SNAP;
- 3) Comprar com os benefícios do SNAP um produto que tenha um recipiente pelo qual recebe dinheiro pela sua devolução e assim joga fora o produto e devolve o recipiente para obter o valor do depósito; ou seja, descartando intencionalmente o produto e devolvendo intencionalmente o recipiente para obter o valor do depósito;
- 4) Comprar com os benefícios do SNAP um produto com a intenção de obter dinheiro ou contraprestação que não seja alimento elegível revendendo o produto e, posteriormente, revendendo intencionalmente o produto adquirido com benefícios do SNAP em troca de dinheiro ou contraprestação que não seja alimento elegível; ou
- 5) Comprar intencionalmente produtos originalmente comprados com benefícios do SNAP em troca de dinheiro ou contraprestação que não seja alimento elegível.

**NÃO minta ou oculte informações para obter ou continuar a obter benefícios do SNAP que sua família não deve obter.**

**NÃO use benefícios do SNAP para comprar itens não alimentares, como bebidas alcoólicas e cigarros, ou para pagar contas de cartão de crédito.**

**NÃO troque ou venda (ou tente trocar ou vender) cartões EBT ou use o cartão EBT de outra pessoa para sua casa.**

O DHS pode usar ou compartilhar informações sobre este pedido para a administração de programas do DHS, bem como a administração de outros programas de assistência financiados pelo governo federal, de acordo com as leis, contratos e regulamentos estaduais e federais.

O DHS pode liberar informações não identificadoras para fins de pesquisa. Qualquer divulgação de informações identificadoras deve ser feita de acordo com as leis estaduais e federais.



# Rhode Island Formulário para título de eleitor

Uso oficial para código de barras

Este formulário é para:  Novo eleitor  Atualizar minhas informações  Mudança de partido

## ! Elegibilidade

Se marcar "Não" para qualquer uma dessas perguntas, não preencha este formulário.

## Informações pessoais

Todos os campos deste formulário são obrigatórios exceto quando indicado como opcional.

Telefone/e-mail é opcional e é do domínio público.

## Números de identificação

Se você nunca votou em Rhode Island, insira o número de identificação adequado.

- Carteira de habilitação ou carteira de identidade estadual; devem ser emitidos pela Divisão de Veículos Automotores do RI.

Também pode enviar uma cópia de sua identificação juntamente com este pedido.

## Endereço residencial de Rhode Island

## Endereço para correspondência

Se diferente do endereço residencial de Rhode Island.

## Afiliação partidária

## Confirmação e assinatura

**Aviso:** Se assinar este formulário e souber que é falso, poderá ser condenado e multado em até US\$ 5.000 ou preso por até 10 anos.

## Atualizar minhas informações

Se alterou seu nome ou já estava registrado para votar em RI ou em outro estado.

## Participe!

Você é um cidadão dos Estados  Sim  Não

Você é um residente de Rhode Island?  Sim  Não

Você tem pelo menos 16 anos de idade?  Sim  Não, *você deve ter 18 anos para votar.*

Sobrenome Sufixo

Inicial do nome do meio

Data de nascimento (mm/dd/aaaa) Telefone/E-mail (opcional)

Carteira de motorista de Rhode Island ou número da carteira de identidade estadual: \_\_\_\_\_

Eu não tenho uma carteira de motorista ou um documento de identidade de RI.  
Insira os últimos 4 dígitos do Número da Segurança Social (SSN): \_\_\_\_\_

Eu não tenho carteira de motorista de RI, um documento de identidade ou um número da Segurança Social

Endereço residencial (não caixa postal) Número da unidade

**RI**

Cidade Estado ZIP

Endereço para correspondência Número da unidade

Cidade Estado ZIP

Democrata  Republicanos  Sem afiliação  Outro: \_\_\_\_\_

### Presto juramento e declaro o seguinte:

Eu sou um cidadão dos EUA; eu moro no endereço fornecido acima; terei pelo menos 18 (dezoito) anos de idade quando eu votar; eu não estou preso em uma unidade correcional devido a condenação por crime; eu não fui legalmente julgado "mentalmente incompetente" para votar por um tribunal. As informações que forneci são verdadeiras, tanto quanto sei, sob pena de perjúrio. Se eu tiver fornecido informações falsas, posso ser multado, preso ou (se não for um cidadão dos EUA) deportado ou recusado entrada nos Estados Unidos.

### ASSINE AQUI

**X**

**Data da assinatura**  
(dd/mm/aaaa)

Nome anterior

Endereço anterior (Condado, Cidade, Estado, ZIP)

Estou interessado em ser um mesário (eleição)

Endereço para resposta

---

---

---

**Postagem  
obrigatória**

Os correios  
não  
entregarão  
sem o devido

Enviar por correio para: **BOARD OF CANVASSERS**

---

---

---

**Barrington Town Hall**

283 County Rd. 02806  
247-1900 x4

**Bristol Town Hall**

10 Court St. 02809  
253-7000

**Burrillville Town Hall**

105 Harrisville Main St.  
Harrisville 02830  
568-4300

**Central Falls City Hall**

580 Broad St. 02863  
727-7450

**Charlestown Town Hall**

4540 South County Trl. 02813  
364-1200

**Coventry Town Hall**

1670 Flat River Rd. 02816  
822-9150

**Cranston City Hall**

869 Park Ave. 02910  
780-3126

**Cumberland Town Hall**

45 Broad St. 02864  
728-2400

**East Greenwich Town Hall**

125 Main St.,  
P.O. Box 111 02818  
886-8603

**East Providence City Hall**

145 Taunton Ave. 02914  
435-7502

**Exeter Town Hall**

675 Ten Rod Rd. 02822  
294-2287

**Foster Town Hall**

181 Howard Hill Rd. 02825  
392-9201

**Glocester Town Hall**

1145 Putnam Pike  
P.O. Box B, Chepachet 02814  
568-6206 x0

**Hopkinton Town Hall**

1 Town House Rd. 02833  
377-7777

**Jamestown Town Hall**

93 Narragansett Ave. 02835  
423-9804

**Johnston Town Hall**

1385 Hartford Ave. 02919  
553-8856

**Lincoln Town Hall**

100 Old River Rd.  
P.O. Box 100 02865  
333-1140

**Little Compton Town Hall**

40 Commons  
P.O. Box 226 02837  
635-4400

**Middletown Town Hall**

350 East Main Rd. 02842  
849-5540

**Narragansett Town Hall**

25 Fifth Ave. 02882  
782-0625

**Newport City Hall**

43 Broadway 02840  
845-5386

**New Shoreham Town Hall**

16 Old Town Rd.  
P.O. Box 220 02807  
466-3200

**North Kingstown Town Hall**

100 Fairway Dr, 02852  
294-3331 x128

**North Providence Town Hall**

2000 Smith St. 02911  
232-0900 x234

**North Smithfield**

**Municipal Annex**  
575 Smithfield Rd. 02896  
767-2200

**Pawtucket City Hall**

137 Roosevelt Ave. 02860  
722-1637

**Portsmouth Town Hall**

2200 East Main Rd. 02871  
683-3157

**Providence City Hall**

25 Dorrance St. 02903  
Room 102  
421-0495

**Richmond Town Hall**

5 Richmond Townhouse Rd.  
Wyoming 02898  
539-9000 x9

**Scituate Town Hall**

195 Danielson Pike  
P.O. Box 111 328  
North Scituate 02857  
647-7466

**Smithfield Town Hall**

64 Farnum Pike, 02917  
233-1000 x116

**South Kingstown Town Hall**

180 High St.  
Wakefield 02879  
789-9331 x1231

**Tiverton Town Hall**

343 Highland Rd. 02878  
625-6703

**Warren Town Hall**

514 Main St. 02885  
245-7340

**Warwick City Hall**

3275 Post Rd. 02886  
738-2010

**West Greenwich Town Hall**

280 Victory Hwy. 02817  
392-3800

**West Warwick Town Hall**

1170 Main St. West Warwick, RI  
02893  
822-9201

**Westerly Town Hall**

45 Broad St. Westerly, RI 02891  
348-2503

**Woonsocket City Hall**

169 Main St.  
P.O. Box B 02895  
767-9221