

Num esforço contínuo de garantir que a sua informação está correta e atualizada, por favor, queira preencher este impresso.

**INFORMAÇÕES DO CHEFE DE FAMÍLIA**

Data: \_\_\_\_\_

Nome completo: \_\_\_\_\_ Sexo: M F \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_ Apt. n.: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Há quantos anos vive na sua cidade atual? \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_\_ Idioma principal: \_\_\_\_\_

 Raça: Branco Negro/Afro-Americano Asiático Havaiano/Ilhas do Pacífico  
 Ameríndio ou Nativo do Alasca Prefiro não responder Não sei Outro \_\_\_\_\_

Etnia: Hispânico/Latino Não-Hispânico/Latino

Militar Veterano/Ativo: Sim Não Com Deficiência: Sim Não

Plano de saúde: MassHealth Medicare Privado Nenhum Outro \_\_\_\_\_

 Recebe Apoio do SNAP? Sim Não Valor: \$ \_\_\_\_\_  
 Se não, porquê? Rendimento Alterações aos Requisitos do Programa

 Qual é a sua situação profissional? Tempo inteiro Tempo parcial Desempregado Sazonal  
 Estudante Reformado Não pode trabalhar

Qual foi o último ano de escolaridade que concluiu com sucesso? \_\_\_\_\_

**INFORMAÇÕES GERAIS DO AGREGADO FAMILIAR**

Qual é a sua situação habitacional? Marque a quadrícula que se melhor represente a situação.

Habitação social	Renda de mercado	Mora com amigos/parentes	Própria
Secção 8	Alojamento acessível	Desalojado: Com abrigo	Sem Abrigo

Qual é o rendimento anual (por ano) do seu agregado familiar?

0 \$ – 12.000 \$	12.001 \$ – 21.257 \$	21.258 \$ – 28.694 \$	28.695 \$ – 36.131 \$
36.132 \$ – 43.568 \$	43.569 \$ – 51.005 \$	51.006 \$ – 58.442 \$	58.443 \$ – 65.879 \$
65.880 \$ – 73.316 \$	73.317 \$ +	Rendimento Mensal ou Anual Exato: _____ \$	

Você OU os seus dependentes participam em algum dos seguintes programas? Marque todas as opções aplicáveis.

Meals on Wheels	WIC	Apoio a Combustível	SNAP _____ \$
Almoço escolar Grátis/\$ Reduzido	Head Start	Assistência a Veteranos	Assistência TAFDC/em Dinheiro

## MEMBROS DO AGREGADO FAMILIAR

Nome completo: \_\_\_\_\_ Sexo: M F \_\_\_\_\_  
Data de nascimento: \_\_\_\_\_ Relacionamento: \_\_\_\_\_  
Qual foi o último ano de escolaridade que concluiu com sucesso? \_\_\_\_\_  
Raça: Branco Negro/Afro-Americano Asiático Havaiano/Ilhas do Pacífico Ethnicity: Hispânico/Latino  
Ameríndio ou Nativo do Alasca Prefiro não responder Não sei Outro \_\_\_\_\_ Não-Hispânico/Latino  
Militar Veterano/Ativo: Sim Não Com Deficiência: Sim Não  
Qual é a sua situação profissional? Tempo inteiro Tempo parcial Desempregado Sazonal  
Estudante Reformado Não pode trabalhar  
Plano de saúde: MassHealth Medicare Privado Nenhum Outro \_\_\_\_\_

Nome completo: \_\_\_\_\_ Sexo: M F \_\_\_\_\_  
Data de nascimento: \_\_\_\_\_ Relacionamento: \_\_\_\_\_  
Qual foi o último ano de escolaridade que concluiu com sucesso? \_\_\_\_\_  
Raça: Branco Negro/Afro-Americano Asiático Havaiano/Ilhas do Pacífico Ethnicity: Hispânico/Latino  
Ameríndio ou Nativo do Alasca Prefiro não responder Não sei Outro \_\_\_\_\_ Não-Hispânico/Latino  
Militar Veterano/Ativo: Sim Não Com Deficiência: Sim Não  
Qual é a sua situação profissional? Tempo inteiro Tempo parcial Desempregado Sazonal  
Estudante Reformado Não pode trabalhar  
Plano de saúde: MassHealth Medicare Privado Nenhum Outro \_\_\_\_\_

Nome completo: \_\_\_\_\_ Sexo: M F \_\_\_\_\_  
Data de nascimento: \_\_\_\_\_ Relacionamento: \_\_\_\_\_  
Qual foi o último ano de escolaridade que concluiu com sucesso? \_\_\_\_\_  
Raça: Branco Negro/Afro-Americano Asiático Havaiano/Ilhas do Pacífico Ethnicity: Hispânico/Latino  
Ameríndio ou Nativo do Alasca Prefiro não responder Não sei Outro \_\_\_\_\_ Não-Hispânico/Latino  
Militar Veterano/Ativo: Sim Não Com Deficiência: Sim Não  
Qual é a sua situação profissional? Tempo inteiro Tempo parcial Desempregado Sazonal  
Estudante Reformado Não pode trabalhar  
Plano de saúde: MassHealth Medicare Privado Nenhum Outro \_\_\_\_\_

### Como é que teve conhecimento da Beverly Bootstraps?

Agência Comunitária  
Família/Amigo  
Correio

Escola  
Grupo religioso  
Gabinete médico

Outro: \_\_\_\_\_

## CERTIFICAÇÃO

O requerente certifica que, tanto quanto é do seu conhecimento, todas as informações do requerimento são verdadeiras e corretas, nenhuma informação foi excluída que possa razoavelmente afetar uma decisão sobre a elegibilidade do requerente.

Firma : \_\_\_\_\_ Fecha : \_\_\_\_\_