

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  Escola  Outro: \_\_\_\_\_  
 Família/Amigo  Grupo religioso  
 Correio  Gabinete médico

## 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 : \_\_\_\_\_