



Se você precisar de ajuda ao preencher este formulário, peça-nos ajuda ou ligue para 1-877-423-4746. Se você for portador de deficiência auditiva, ligue para o GA Relay, pelo telefone 1-800-255-0135. Nossos serviços são gratuitos.

Quais serviços oferecemos na Departamento de Serviços a Famílias e Menores (Division of Family and Children Services, DFCS)?

O DFCS oferece os seguintes serviços:



Assistência para alimentação

Food Stamps são benefícios que podem ser usados para comprar alimentos em qualquer loja que tiver o símbolo EBT/Quest. Descontaremos o preço da compra da da conta de Food Stamps.



Assistência em espécie/Serviços de apoio a empregos

O programa de Assistência Temporária para Famílias Carentes (TANF) presta assistência em espécie para famílias com dependentes por um período limitado de tempo. Pais ou cuidadores que estiverem incluídos na solicitação deverão participar de um programa de trabalho. O programa de Assistência em espécie também oferece assistência financeira para famílias de refugiados que não se qualificarem para o programa de TANF.



Assistência médica

O Medicaid, para os que se qualificarem, poderá ajudar a pagar contas médicas, consultas médicas e prêmios do Medicare.



Serviços comunitários

Para obter mais informações sobre Serviços comunitários, visite o nosso website, no endereço: <http://www.dfcs.dhr.georgia.gov> ou ligue para 1-877-423-4746.

Como posso solicitar benefícios?

Passo 1. Preencha o formulário.

Leia as perguntas cuidadosamente e forneça informações corretas e precisas. Assine e date o formulário.

Passo 2. Entregue o formulário. Você precisará destacar as páginas 1-3 e guardá-las com você.

Envie por correio, fax ou entregue pessoalmente as páginas 4-8 deste formulário para o departamento local do Departamento de Serviços a Famílias e Menores (DFCS). Se você ou a pessoa para a qual você estiver solicitando os benefícios se qualificar para recebê-los, você ou a pessoa receberá benefícios de Food Stamps ou TANF a partir da data de recebimento do formulário com o seu nome, endereço e assinatura.

Se solicitar Food Stamps e/ou Medicaid, você poderá fazê-lo somente com o seu nome, endereço e assinatura. Não entanto, preencher o formulário integralmente poderá nos ajudar a analisar sua solicitação mais rapidamente.

Passo 3. Fale conosco.

Você poderá precisar fazer uma entrevista com um gerente de caso. Se for o caso, marcaremos um horário. Essa entrevista poderá ser feita por telefone.

Perguntas frequentes

Quanto tempo demora para receber os benefícios?

Food Stamps: até 30 dias
TANF: até 45 dias
Medicaid: de 10 a 60 dias

Você poderá receber Food Stamps dentro de sete dias, caso se qualifiquear. Consulte a página 5.

Qual será o valor dos benefícios?

Sua renda, recursos e tamanho da família determinarão as quantias de benefícios. Poderemos fornecer informações específicas assim que determinarmos sua qualificação.

Como receberei os benefícios?

Para Food Stamps e TANF, você receberá um cartão de transferência eletrônica de benefícios (EBT) para acessar seus benefícios. Para o Medicaid, você receberá um cartão para cada membro qualificado.

Quais informações serão necessárias?

É uma boa ideia fornecer as informações seguintes:

- comprovante de identidade do requerente que estiver solicitando Food Stamps e/ou TANF. Comprovante de identidade para todos que estiverem solicitando Medicaid, se este for o benefício solicitado. **Por exemplo:** um documento de identidade (ID) ou carteira de motorista (DL);
- comprovante de cidadania americana/ status de imigrante qualificado para todos que estiverem solicitando benefícios;
- números de seguro social de todos solicitando assistência;
- comprovante de renda, *por exemplo*, contracheques, pagamentos de pensão alimentícia e cartas de decisões de renda;
- comprovante de despesas como recibos de cuidados de menores, contas médicas, custos de transportes médicos e pagamentos de pensão alimentícia.

Você terá um tempo para fornecer quaisquer informações extras ao nosso departamento. Se precisar de ajuda para obter estas informações, diga-nos.

Como usamos as informações pessoais do requerente?

Você só terá que fornecer números de seguro social (SSN) e cidadania ou status de imigração das pessoas que desejam solicitar benefícios. Essas informações serão usadas para verificação no Sistema de Verificação de Qualificação e Renda (IEVS). Também verificaremos as informações em outras agências federais, estaduais e municipais para confirmar sua renda e qualificação. Se um membro da sua família não quiser nos fornecer o SSN, cidadania ou status de imigração, outros membros da família ainda poderão receber benefícios.

Alguém mais pode solicitar os benefícios por mim?

Sim, para os programas de Food Stamps e Medicaid, você poderá solicitar que alguém peça os benefícios por você. Para o TANF, qualquer pessoa poderá solicitar, mas os pais ou cuidadores deverão ser entrevistados.



Departamento de Serviços Sociais da Geórgia

Solicitação de benefícios



“De acordo com as leis federais e do Departamento de Agricultura dos Estados Unidos (USDA) e políticas do Departamento de Saúde e Assistência Social (HHS), esta instituição está proibida de discriminar, com base em raça, cor, nacionalidade, sexo, idade ou deficiência. De acordo com a **Lei de Alimentos e Nutrição de 2008** e a política do USDA, é proibida toda forma de discriminação baseada em religião ou afiliações políticas.”

Para fazer uma queixa, entre em contato com o USDA ou o HHS.

Escreva para: USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9411 ou ligue para (800) 795-3272 (voz) ou (202) 720-6382 (serviço TTY).

Escreva para: HHS, Director, Office of Civil Rights, Room 509-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C., 20201 ou ligue para (202) 619-0403 (voz) ou (202) 619-3257 (serviço TTY).

O USDA e o HHS são provedores e empregadores de igualdade de oportunidades.

Você também poderá fazer uma queixa de discriminação ao entrar em contato com: DFCS Civil Rights Program, Two Peachtree Street, N.W., Suite 19-248, Atlanta, Georgia 30303 ou ligue para (404) 657-3735 ou envie um fax para (404) 463-3978.

De acordo com as políticas do Departamento de Saúde Comunitária (DCH), o programa Medicaid não poderá negar nenhuma qualificação ou benefícios com base em raça, idade, sexo, deficiência, nacionalidade, crenças religiosas ou afiliação política. Para informar sobre discriminação de qualificação ao Medicaid ou por parte de provedores, ligue para o Gabinete de Integridade de Programas do Departamento de Saúde Comunitária da Geórgia, pelos telefones (local) 404-463-7590 ou (gratuito nos EUA) 800-533-0686.

O que as palavras usadas neste formulário querem dizer?

Esta tabela explica as palavras que usamos neste formulário.

Cuidador	Um pai, parente ou tutor/guardião legal que solicitar e receber TANF quando o(s) menor(es) estiver(em) sob seus
Parente beneficiado	Um pai, parente ou tutor/guardião legal que solicitar e receber TANF em seu nome para o(s) menor(es).
Desqualificado	A ação realizada para remover um indivíduo de um caso de Food Stamps ou TANF porque o este não disse a verdade e recebeu benefícios que não deveriam ter sido recebidos.
Transferência eletrônica de benefícios (EBT)	Sistema usado na Geórgia para pagar benefícios para indivíduos que se qualificarem para Food Stamps ou TANF. Indivíduos que recebem assistência recebem um cartão de débito de EBT, que será usado para sacar benefícios em dinheiro e para acessar as contas de Food Stamps.
Cartão de débito EPPICard MasterCard	Novo cartão de débito emitido pela Xerox para indivíduos que recebem assistência em dinheiro na Geórgia. O cartão de débito EPPICard MasterCard será aceito para compras e saques nos lugares onde o MasterCard for aceito.
Membros da família	Indivíduos que moram na sua casa. Para Food Stamps, indivíduos que moram juntos, comprem e preparem refeições juntos.
Renda	Pagamentos como salários, soldos, comissões, bônus, remuneração trabalhista, licença por invalidez, pensão, benefícios de aposentadoria, juros, pensão alimentícia ou qualquer outra forma de dinheiro recebido.
Trabalhadores rurais migrantes	Indivíduos que trabalham temporariamente em fazendas e se mudam de uma casa a outra para trabalhar ou procurar trabalhos rurais.
Recursos	Dinheiro em espécie, propriedades, ou ativos como contas bancárias, veículos, ações, obrigações e apólices de seguro de vida.
Trabalhadores rurais sazonais	Indivíduos que trabalham em certas épocas do ano, plantando, colhendo ou embalando hortifrutigranjeiros. Eles são contratados temporariamente, quando um trabalho requer mais trabalhadores do que a fazenda.



O que as palavras usadas neste formulário querem dizer? (continuação)

Esta tabela explica as palavras que usamos neste formulário.

<p>Tráfico no Programa SNAP/Food Stamp</p>	<p><i>Traficar</i> benefícios no programa SNAP significa:</p> <p>(1) Comprar, vender, roubar ou trocar benefícios SNAP emitidos e acessados pelos cartões de EBT, números de cartões e números de senha ou por vale impresso e assinatura, por DINHEIRO ou importância que não seja alimentos que se qualifiquem ao programa, direta ou indiretamente, com a cumplicidade ou aprovação de outros, ou agindo sozinho; (2) a troca de armas de fogo, munições, explosivos ou substâncias controladas; (3) a compra de um produto com benefícios SNAP, que tenha um recipiente que exija um depósito de retorno com a intenção de obter dinheiro, descartando o produto e devolvendo o recipiente pelo valor do depósito, intencionalmente descartando o produto e intencionalmente devolvendo o recipiente pelo valor do depósito; (4) a compra de um produto com benefícios SNAP, com a intenção de obter dinheiro ou importância que não seja alimentos que se qualifiquem ao programa, revendendo o produto e, posteriormente, intencionalmente revender o produto adquirido com os benefícios SNAP em troca de dinheiro ou importância que não seja alimentos que se qualifiquem ao programa; (5) intencionalmente comprar produtos originalmente adquiridos com os benefícios do SNAP, em troca de dinheiro ou importância que não seja alimentos que se qualifiquem ao programa.</p>
<p>Estrangeiro/imigrante qualificado</p>	<p>Um <i>estrangeiro/imigrante qualificado</i> é uma pessoa que esteja residindo legalmente nos EUA e que se enquadre em uma das seguintes categorias: pessoa admitida legalmente para residência permanente (LPR), de acordo com a Lei de Imigração e Nacionalidade (INA); imigrante <i>amereurasiático</i>, de acordo com a seção 584 da Lei de Operações Estrangeiras, Financiamento de Exportações e Apropriações Relacionadas de 1988; pessoa que receba asilo, de acordo com a seção 208 do INA; <i>refugiados</i>, admitidos de acordo com a seção 207 do INA; pessoa libertada <i>condicionalmente</i>, de acordo com a seção 212(d)(5) do INA por pelo menos um ano; pessoa cuja <i>deportação</i> tenha sido suspensa, de acordo com a seção 243(h) do INA, como em vigor antes de 1º de abril de 1997, ou seção 241(b)(3) do INA, como emendada; pessoa que recebe <i>entrada condicional</i>, de acordo com a seção 203(a)(7) do INA, como em vigor antes de 1º de abril de 1980; imigrantes <i>cubanos ou haitianos</i>, como definidos na seção 501(e) da Lei de Assistência à Formação de Refugiados de 1980; <i>vítimas de tráfico humano</i>, de acordo com a seção 107(b)(1) da Lei de Proteção às Vítimas de Tráfico de 2000; <i>imigrantes maltratados</i> que satisfizerem as condições definidas na seção 431 (c) da Lei de Responsabilidade Pessoal e Reconciliação de Oportunidades de Trabalho de 1996, como emendada; imigrantes <i>afegãos ou iraquianos</i> que receberam status de imigrantes especiais, de acordo com a seção 101(a)(27) do INA (sujeitos a condições específicas); <i>nativos americanos</i> nascidos no Canadá e morando nos EUA, de acordo com a seção 289 do INA ou não cidadãos de tribos indígenas federais reconhecidas, de acordo com a seção 4(e) da Lei de Assistência à Autodeterminação e Formação Indígena e <i>membros tribais hmongs e laosianos</i> que ajudaram os militares dos EUA, participando na operação militar ou de resgate durante a Era do Vietnã (05/08/1964 – 07/05/1975).</p>
<p>Requerente</p>	<p>Um indivíduo que se candidata à assistência/benefícios do governo.</p>
<p>Não requerente</p>	<p>Um indivíduo que NÃO solicitou assistência/benefícios do governo; não requerentes não precisam informar o SSN, cidadania ou status de imigração.</p>
<p>Unidade de assistência (AU)</p>	<p>Uma unidade de assistência inclui indivíduos <i>qualificados</i> que moram juntos e recebem assistência/benefícios do governo .</p>



Departamento de Serviços Sociais da Geórgia
Solicitação de benefícios



Quais benefícios estou solicitando? Marque todas as opções relevantes:

- Food Stamps**
 O programa de Food Stamps ajuda a satisfazer as necessidades de alimentação e nutrição de famílias qualificadas.
- Assistência Temporária para Famílias Carentes (TANF)**
 O programa de Assistência Temporária para Famílias Carentes (TANF) oferece pagamentos temporários mensais em espécie, pagamentos únicos em espécie ou outros serviços de apoio para fortalecer famílias qualificadas com menores. Se você for o pai de um menor, ou o cuidador que gostaria de ser incluído no subsídio, solicitaremos que você participe de um programa de trabalho.
- Assistência em espécie a refugiados**
 O programa de Assistência em Espécie a Refugiados oferece assistência financeira a famílias de refugiados que não se qualificarem para o programa TANF. O termo refugiado inclui refugiados, cidadãos de Cuba e Haiti que entrem nos EUA, vítimas de tráfico humano, amereurasiáticos e menores refugiados desacompanhados.
- Medicaid**
 O Medicaid oferece cobertura médica a adultos idosos, deficientes visuais ou deficientes, gestantes, menores e famílias. Ao solicitar os benefícios, consideraremos todos os programas de Medicaid e decidiremos quais benefícios você poderá receber.

Informações sobre o requerente

O requerente ou a pessoa que esteja solicitando benefícios em nome do requerente precisa de assistência para se comunicar conosco? Se sim, selecione todas as opções relevantes.

() TTY () Braille () Material impresso em letras maiores () E-mail () Relé de vídeo () Intérprete de língua de sinais _____

() Intérprete de língua estrangeira (especifique o idioma) _____ () Outros _____

Preencha a tabela abaixo sobre você ou o requerente.

Nome	Inicial do nome do meio	Sobrenome	Sufixo
Endereço residencial			Apto
Cidade	Estado		Código postal
Endereço para correspondência (se diferente)			
Cidade	Estado		Código postal
Telefone residencial	Outro contato	E-mail (opcional)	
Assinatura		Data	
Assinatura da testemunha se assinado por "X"		Data	
Para uso interno somente (For Office Use Only)		Date Received By The County	



Posso me qualificar para receber Food Stamps mais rapidamente?

Responda estas perguntas sobre o requerente e todos os membros da família para saber se você poderá receber Food Stamps dentro de 7 dias.

1. Você ou outro membro da família é um trabalhador rural migrante ou sazonal? Sim Não

2. **Renda bruta total ganha** a ser recebida neste mês: \$ _____
 Nome do empregador _____
 Data de início do emprego _____ Data de término do emprego _____
 Valor do pagamento _____
 Horas de trabalho por semana _____
 semanalmente/bissemanalmente/bimestralmente/mensalmente (selecione um)

3. **Renda bruta total não ganha** a ser recebida neste mês: \$ _____
 Tipo de renda não ganha _____ Quantia _____
 semanalmente/bissemanalmente/bimestralmente/mensalmente (selecione um)
 Tipo de renda não ganha _____ Quantia _____
 semanalmente/bissemanalmente/bimestralmente/mensalmente (selecione um)

4. Renda total ganha e não ganha deste mês: \$ _____

5. Quanto você e os membros de sua família têm em espécie ou no banco? \$ _____

6. Quanto você e os membros da sua família pagam de aluguel ou financiamento de imóvel? \$ _____

7. Quanto você e membros da sua família pagam de luz, água, gás, etc.? \$ _____

Posso escolher alguém para solicitar Food Stamps ou Medicaid por mim?

Preencha esta seção somente se você desejar que alguém preencha seu formulário e/ou seja entrevistado por você e/ou use seu cartão de EBT para comprar alimentos quando você não puder ir ao supermercado. Se você estiver se candidatando ao Medicaid, é possível escolher mais de uma pessoa que poderá se candidatar à assistência médica em seu nome.

Nome: _____	Telefone: _____
Endereço: _____	Apto: _____
Cidade _____	Estado: _____ Código postal: _____
Nome: _____	Telefone: _____
Endereço: _____	Apto: _____
Cidade: _____	Estado: _____ Código postal: _____

Para o Medicaid, você deseja que este indivíduo tenha uma cópia do seu cartão de Medicaid? Sim Não



Departamento de Serviços Sociais da Geórgia
Solicitação de benefícios



Forneça informações sobre o requerente e todos os membros da família

Preencha a tabela abaixo com informações sobre o requerente e todos os membros da família. As seguintes leis e regulamentos federais: a Lei de Alimentos e Nutrição de 2008, 7 U.S.C. § 2011-2036, 7 C.F.R. § 273.2, 45 C.F.R. § 205.52, 42 C.F.R. § 435.910 e 42 C.F.R. § 435.920 autorizam o DFCS a solicitar seu número de seguro social e os dos seus familiares. Se alguém na sua família não quiser fornecer informações sobre cidadania, status de imigração ou números de seguro social, a pessoa poderá ser designada como um não requerente. Isso significa que a pessoa não será considerada um requerente e não se qualificará para receber benefícios. Não entanto, outros membros da família ainda poderão receber benefícios, se eles se qualificarem. Se você desejar que nós decidamos se quaisquer membros da sua família se qualificam para receber benefícios, você ainda deverá nos informar sobre a cidadania, status de imigração e nos fornecer os SSNs deles. Você ainda precisará nos informar sua renda e recursos para determinar o nível de qualificação e benefícios da família. Os indivíduos não serão denunciados ao Sistema de Verificação Sistemática de Estrangeiros para Qualificação (SAVE) dos Serviços de Cidadania e Imigração dos Estados Unidos, se eles não nos fornecerem a cidadania ou o status de imigração. Não entanto, se as informações de status de imigração tiverem sido enviadas na sua candidatura, elas poderão estar sujeitas à verificação pelo sistema SAVE e poderão afetar a qualificação da sua família e o nível de benefícios.

NOME			Parentesco com você	Esta pessoa está solicitando benefícios ?	Data de nascimento	Número de Seguro Social	Sexo	Hispânico/latino? (Opcional)	Código da raça (Opcional)	Você é cidadão americano, estrangeiro /imigrante qualificado ou imigrante hmong ou laosiano? (Somente requerentes)
Nome	Inicial do nome do meio	Sobrenome								
			O PRÓPRIO REQUERENTE							

Códigos de raça (escolha todos os relevantes):
AI – Nativo americano/nativo do Alaska **AS** – Asiático **BL** – Negro/afro-americano
HP – Nativo do Haváí/das Ilhas do Pacífico **WH** – Branco

Após fornecer essas informações sobre raça/etnia, você estará nos auxiliando a administrar nossos programas de uma maneira não discriminatória. Não é necessário que a sua família forneça essas informações, e isso não afetará sua qualificação ou nível de benefícios.

Forneça mais informações sobre o requerente e todos os membros da família

Precisamos de mais informações sobre o requerente e todos os membros da família para poder decidir quem se qualifica para os benefícios. Responda somente as perguntas sobre os benefícios que deseja receber na página abaixo.



Departamento de Serviços Sociais da Geórgia
Solicitação de benefícios



1. Alguém recebeu benefícios em outro condado ou estado? Sim Não

Se sim:

Quem: _____

Onde: _____

Quando: _____

2. Alguém já foi condenado por dar falsas informações sobre onde mora e quem são para obter benefícios múltiplos de Food Stamps em mais de um local após 8/22/96? Sim Não

Se sim:

Quem: _____

Onde: _____

Quando: _____

3. Alguém na sua família pediu demissão por livre e espontânea vontade de um trabalho ou voluntariamente reduziu sua carga horária para menos de 30 horas por semana em até 30 dias do pedido? Sim Não

Se sim, quem pediu demissão? _____

Por que ele(ela) pediu demissão? _____

4. Alguém está grávida? *Envie comprovante de gravidez, se estiver disponível. Sim Não

(Esta pergunta não precisa ser respondida por requerentes que só estejam solicitando Food Stamps)

Quem: _____

Data prevista do parto: _____

5. Para o programa Medicaid, alguém tem contas médicas não pagas durante os últimos 3 meses? Sim Não

(Esta pergunta não precisa ser respondida por a requerentes de Food Stamps ou de TANF somente)

6. Alguém foi desqualificado do Programa de Food Stamps ou TANF? Sim Não

Se sim:

a. Quem: _____

b. Onde: _____

7. Alguém está tentando evitar condenação ou prisão por um crime? Sim Não

Se sim, quem: _____

8. Alguém está infringindo condições de liberdade ou livramento condicional? Sim Não
(para Food Stamps et TANF somente)

Se sim, quem: _____

9. Alguém foi condenado por crime relacionado à posse, uso ou distribuição de drogas após 8/22/96 (para TANF e Food Stamps, somente) ou crime violento (para TANF somente) Sim Não

Se sim:

Quem: _____

Quando: _____

10. Alguém foi condenado por trocar benefícios de Food Stamps por drogas após 8/22/96? Sim Não

Se sim:

Quem: _____

Quando: _____

11. Alguém foi condenado por comprar ou vender benefícios de Food Stamps em valor superior a \$500 após 8/22/96? Sim Não

Se sim:

Quem: _____

Quando: _____

12. Alguém foi condenado por trocar benefícios de Food Stamps por armas, munição ou explosivos após 8/22/96? Sim Não

Se sim:

Quem: _____

Quando: _____

13. Alguém usou fundos de TANF ou o cartão EPPIC nos seguintes estabelecimentos comerciais:
Locais de venda de álcool, cassinos, locais de jogos de pôquer, estabelecimentos de entretenimento para adultos, negócios relacionados a fianças, boates, bares/botecos, locais de jogo de bingo, corridas, estabelecimentos de vendas de armas/munição, navios, lojas de munição, navios de cruzeiros, cartomantes, tabacarias, locais de tatuagem/piercing e salões de massagem/spas?

Se sim:

Quem: _____

Quando: _____

Sim Não



Penas no Programa de Food Stamps

Qualquer membro da sua família que infringir qualquer regra do programa de Food Stamps conscientemente poderá ser impedido de usar o Programa de Food Stamps desde um ano até permanentemente, multado em até \$250.000, preso por até 20 anos ou ambos. Ela/ele também poderá estar sujeito a processos de acordo com outras leis federais e estaduais em vigor. Ela/ele também poderá ser impedido de usar o Programa de Food Stamps por 18 meses adicionais, se decidido em juízo.

Qualquer membro da família que infringir estas regras intencionalmente não poderá receber Food Stamps durante um ano pela primeira infração, dois anos pela segunda infração e permanentemente pela terceira infração.

Se um tribunal de justiça determinar que alguém da sua família é culpado por usar ou receber benefícios de Food Stamps em uma transação que envolva a venda de substâncias controladas, você ou aquele membro da família não se qualificará para os benefícios por dois anos para a primeira infração e permanentemente para a segunda infração.

Se um tribunal de justiça determinar que alguém da sua família é culpado de ter usado ou recebido benefícios em uma transação que envolva a venda de armas de fogo, munições ou explosivos, você ou aquele membro da família estará permanentemente desqualificado para participar do Programa de Food Stamps na primeira infração.

Se um tribunal de justiça determinar que você ou alguém da sua família é culpado de ter traficado benefícios por um valor total de \$500 ou mais, você ou aquele membro da família estará permanentemente desqualificado para participar do Programa de Food Stamps na primeira infração.

Se for determinado que você ou alguém da sua família deu uma declaração ou representação fraudulenta em relação à identidade (quem são) ou local de residência (onde moram), a fim de receber vários benefícios de Food Stamps, você ou aquele membro da família não se qualificará para participar do Programa de Food Stamps por um período de 10 anos.

Para todos os que solicitarem benefícios de Medicaid, Food Stamps e TANF:

Eu li e preenchi todas as informações neste formulário que dizem respeito ao requerente e à família do requerente. Confirmo, sob pena de falso testemunho, que todas as informações fornecidas são verdadeiras e completas, até onde eu saiba. Entendo que poderei ser punido pela lei se não disser a verdade em relação a tudo.

Assinatura do requerente

Data

Assinatura do representante autorizado

Data

Nome e assinatura do gerente de caso
(Case Manager's Name and Signature)

Data