

NOTIFICAÇÃO DE CALFRESH (Auxílio-Alimentação) ACERCA DO VENCIMENTO DA CERTIFICAÇÃO PARA RESIDÊNCIAS NAS QUAIS TODOS OS ADULTOS SÃO IDOSOS OU DEFICIENTES

CONDADO DE _____

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Data da notificação: _____

Nome do caso: _____

Número do caso: _____

Nome do funcionário: _____

Número do funcionário: _____

Número de telefone: _____

Endereço: _____

(ADDRESSEE)

┌

└

┌

└

Dúvidas? Pergunte ao funcionário responsável pelo seu caso.

Audiência estadual: Se você considera que esta ação está equivocada, poderá solicitar uma audiência. A página seguinte explica como solicitá-la. É possível que seus benefícios não sejam alterados se você solicitar uma audiência antes desta ação entrar em vigor.

1. Seu período de Certificação para o CalFresh terminará em _____.
2. **Não** é obrigatório realizar entrevista. Entretanto, se desejar, você pode solicitá-la. Entre em contato com o Condado imediatamente se deseja marcar uma entrevista. Geralmente as entrevistas são feitas por telefone, a menos que você prefira uma entrevista em pessoa. Se necessitar de outras providências, devido a uma deficiência, ligue para o Condado imediatamente.
3. Preencha o requerimento completamente e o entregue ao Condado até o primeiro dia do último mês do período de certificação: _____.
4. Se você estiver comunicando alterações, **inclua comprovantes** no seu requerimento. Os comprovantes de qualquer alteração devem ser entregues o mais tardar no final do seu período de certificação.
5. Com base nas informações que você enviar, é possível que o Condado ainda precise entrevistá-lo.
6. Se você solicitar uma entrevista ou se a mesma for exigida, você receberá uma carta com a informação da entrevista.
7. Se você quiser continuar recebendo seus benefícios sem interrupção, deverá apresentar um pedido o mais tardar no dia 15 do mês em que o seu período de certificação terminar. Se você quiser uma entrevista ou a mesma for requerida, a entrevista deve ser completada e qualquer comprovante de renda, despesas, ou outras informações devem ser entregues o mais tardar no final do período de certificação.

REGRAS IMPORTANTES

- Se você recebe benefícios de CalWORKs e não completar sua nova determinação para o CalWORKs, não será elegível para os benefícios de CalFresh de transição.
- Se ocorrer qualquer um dos fatos a seguir, é possível que tenha que esperar até 30 dias para que haja uma decisão sobre o seu pedido de recertificação. Além disso, é possível que você receba somente parte dos benefícios para o primeiro mês de seu novo período de certificação. Caso ocorra uma interrupção de sua assistência, você tem o direito de solicitar que sejam feitos os trâmites em um período de 3 dias (serviço conhecido em inglês como "Expedited Service"):
 - Você não entrega uma solicitação até o dia 15 do mês em que seu período de certificação termina.
 - Você não completa uma entrevista que solicitou ou que o Condado informou ser necessária no prazo de 10 dias antes do fim do período de certificação, ou
 - Você não entrega nenhum comprovante de rendimentos, despesas ou outras informações no prazo de 10 dias após a data da entrevista.
 - Você não entrega nenhum comprovante de alterações relatadas no requerimento de recertificação antes do final do seu período de certificação.
- Você tem o direito de receber um requerimento do departamento de assistência social do Condado a qualquer momento e de que o Condado aceite a sua solicitação. A solicitação deve ser assinada e conter o nome legível, endereço e assinatura ou uma testemunha para a impressão digital.
- Você, ou o seu representante autorizado, tem o direito de apresentar uma solicitação para os benefícios de CalFresh entregando o formulário ao Departamento de Assistência Social do Condado, seja pessoalmente, por correio, por fax ou outra transmissão disponível no seu Condado (e-mail ou um aplicativo eletrônico on-line em: <http://www.benefitscal.org>). O período de tempo para receber os benefícios são calculados a partir da data em que a solicitação é apresentada ao Departamento de Assistência Social do Condado. Um requerimento assinado por meio do uso de técnicas de assinatura eletrônica ou um aplicativo que contenha uma assinatura manuscrita e, em seguida, enviado por fax ou outra transmissão eletrônica é aceitável. Você terá 10 dias para entregar todas as informações solicitadas. Informe ao Condado se você necessita de ajuda para obter essas informações.

Regras: As seguintes regras se aplicam: Seções CalFresh MPP: 63-300.3, 63-504.25, 63-504.251, 63-504.6, 63-504.61. Você pode consultá-las em seu Departamento de Assistência Social.

DIREITO À AUDIÊNCIA

Toda pessoa que não concordar com alguma ação proposta pelo condado poderá solicitar uma audiência. O prazo máximo para solicitar a audiência é de 90 dias. O prazo de 90 dias começa no dia seguinte à entrega ou envio desta notificação pelo condado. Caso o(a) requerente tiver um bom motivo para justificar a impossibilidade de apresentar a solicitação de audiência no prazo de 90 dias, ainda será possível requerer a audiência. Se o(a) requerente apresentar um bom motivo, a audiência ainda poderá ser agendada.

Se a audiência for solicitada antes de uma ação do Cash Aid, Medi-Cal, CalFresh ou Child Care ser implementada:

- O Cash Aid (auxílio em dinheiro) ou o Medi-Cal (assistência médica) permanecerão os mesmos enquanto se aguarda por uma audiência.
- Os Child Care Services (serviços de creche) poderão permanecer os mesmos enquanto se aguarda por uma audiência.
- Os benefícios de CalFresh permanecerão os mesmos até a conclusão da audiência ou até o fim do período de certificação do(a) beneficiado(a), o que ocorrer antes.

Se a decisão da audiência for em nosso favor, o(a) requerente nos deverá o equivalente a quaisquer benefícios extras que tenha recebido dos programas Cash Aid, CalFresh ou Child Care Services. A fim de que possamos reduzir ou cessar os benefícios antes da audiência, marcar abaixo:

Sim, reduzir ou cessar: Cash Aid (auxílio em dinheiro)
 CalFresh Child Care (creche)

Enquanto aguarda pela decisão da audiência referente à(o):
Assistência Social para trabalhar:

Você não precisa participar das atividades.

Você pode receber pagamentos de creche para trabalhar e por atividades aprovadas pelo distrito antes desta notificação.

Se já foi informado(a) que os demais pagamentos destinados a serviços de apoio irão cessar, você não receberá mais pagamentos, mesmo que você compareça à sua atividade.

Se já informamos que os demais serviços de apoio serão pagos, o pagamento será realizado no valor e da forma como indicado nesta notificação.

- Para obter esses serviços de apoio, você deve comparecer à atividade que o condado lhe indicou.
- Se o valor dos serviços de apoio que o condado pagar enquanto você aguarda pela decisão da audiência não for suficiente para que lhe permita participar, você poderá parar de comparecer à atividade.

Cal-Learn (educação):

- Você não pode participar do Programa Cal-Learn se lhe informamos que não poderíamos atendê-lo(a).
- Pagaremos somente os serviços de apoio Cal-Learn que sejam atividades aprovadas.

OUTRAS INFORMAÇÕES

Membros do plano de cuidados gerenciados Medi-Cal – A ação sobre este aviso pode impedir-lo(a) de receber os serviços do plano de assistência médica gerenciada. Caso tenha qualquer dúvida, recomendamos entrar em contato com os serviços aos sócios do plano.

Pensão alimentícia e/ou assistência médica – O escritório do Child Support (pensão alimentícia para os filhos) local ajudará na coleta gratuita dos recursos, mesmo que você não esteja participando do programa de auxílio em dinheiro. Se no momento eles estiverem coletando os recursos para você, continuarão a fazê-lo a menos que a sua interrupção seja solicitada por escrito. Eles lhe enviarão o dinheiro coletado atual para manutenção, mas reterão o dinheiro vencido que é devido ao condado.

Planejamento familiar – O escritório de assistência social local prestará as informações quando forem solicitadas.

Cadastro para a audiência – A Divisão de Audiências do Estado (State Hearing Division) criará um cadastro quando for solicitada uma audiência. Você tem direito a ver esse cadastro antes da audiência e de receber uma cópia do parecer escrito do condado sobre o seu processo, no mínimo dois dias antes da audiência. O Estado pode entregar o seu cadastro para a audiência ao Departamento de Assistência Social (Welfare Department) e aos Departamentos de Saúde e Serviços Sociais (Health and Human Services) e de Agricultura dos Estados Unidos. **[Seções 10850 e 10950 dos códigos W&I (Assistência Social e Instituições)]**

COMO SOLICITAR UMA AUDIÊNCIA:

- Preencha esta página.
- Faça uma cópia da frente e do verso desta página para a sua referência.
Se quiser uma cópia desta página, peça-a ao assistente social.
- Envie ou leve esta página a:

OU

- Faça uma ligação gratuita: 1-800-952-5253 ou, para pessoas com deficiência auditiva ou da fala que utilizam o TDD, 1-800-952-8349.

Como obter ajuda: você pode informar-se sobre os seus direitos auditivos ou solicitar um encaminhamento para assistência judiciária por meio dos números de telefones gratuitos do Estado, indicados acima. Você pode receber ajuda judiciária gratuita na entidade local de assistência judiciária ou no escritório local de direitos à assistência social.

Caso não deseje comparecer sozinho(a) à audiência, poderá ir acompanhado(a) de outra pessoa.

SOLICITAÇÃO DE AUDIÊNCIA

Desejo uma audiência por causa de uma ação movida pelo Departamento de Assistência Social (Welfare) do condado de _____ a respeito do meu:

- Cash Aid (auxílio em dinheiro) CalFresh
 Medi-Cal (assistência médica)
 Outro (especificar) _____

Motivo(s): _____

Se precisar de mais espaço, marque aqui e anexe uma página.

Preciso que o Estado me proporcione os serviços gratuitos de um intérprete (parentes ou amigos não podem interpretar em audiências).

Meu idioma ou dialeto é: _____

NOME DA PESSOA CUJOS BENEFÍCIOS FORAM NEGADOS, ALTERADOS OU CESSADOS

DATA DE NASCIMENTO NÚMERO DE TELEFONE

ENDEREÇO

CIDADE ESTADO CÓDIGO DE ENDEREÇAMENTO POSTAL

ASSINATURA DATA

NOME DA PESSOA QUE PREENCHE ESTE FORMULÁRIO NÚMERO DE TELEFONE

Desejo que a pessoa indicada abaixo me represente nesta audiência. Pelo presente, autorizo esta pessoa a ver meu cadastro ou a comparecer à audiência em meu lugar (essa pessoa pode ser um amigo ou parente, mas não pode interpretar para você).

NOME NÚMERO DE TELEFONE

ENDEREÇO

CIDADE ESTADO CÓDIGO DE ENDEREÇAMENTO POSTAL