

# NOTIFICAÇÃO DE REEMBOLSO DO CALFRESH SOMENTE POR ERROS INVOLUNTÁRIOS DA RESIDÊNCIA NOTIFICAÇÃO FINAL

Data da notificação : \_\_\_\_\_  
 Caso  
 Nome : \_\_\_\_\_  
 Número  
 Funcionário : \_\_\_\_\_  
 Nome : \_\_\_\_\_  
 Número : \_\_\_\_\_  
 Telefone : \_\_\_\_\_  
 Endereço : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

(ADDRESSEE)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dúvidas? Pergunte ao funcionário.

**Audiência estadual: se você achar que esta ação é indevida, poderá solicitar uma audiência, a menos que já tenha tido uma audiência sobre o valor devido. O verso dessa página explica como fazer isso. Seus benefícios não poderão ser alterados se você solicitar uma audiência antes de essa ação ocorrer.**

Você ou um membro de sua residência cometeu um erro. Avisamos anteriormente que seria obrigatório o reembolso dos benefícios extras do CalFresh emitidos para:

- Você.
- \_\_\_\_\_, que você patrocinou.

Você ainda deve \$ \_\_\_\_\_.

**Atenção:** caso acredite que essa emissão em excesso esteja incorreta, essa é sua última oportunidade de solicitar uma audiência. Se você continuar com o CalFresh, o município poderá reduzir seus benefícios do CalFresh para cobrar a emissão em excesso. Se você deixar o CalFresh antes de a emissão em excesso ser reembolsada, o município poderá descontar o valor devido de sua restituição de imposto de renda.

**VOCÊ NÃO CONCORDOU COM O REEMBOLSO:**

- Você pode pagar o valor integral ou
- Você pode reembolsar os benefícios extras do CalFresh de acordo com os termos acordados no Contrato de Reembolso (CF 377.7C) anexo.
  - Preencha, assine e devolva o Contrato de Reembolso anexo.
  - Seu contrato de reembolso será baseado em sua capacidade de pagamento atual conforme calculado pelo município. Quaisquer alterações em sua capacidade de pagamento poderão modificar os pagamentos mensais.
- Você não precisa usar os benefícios de SSI recebidos para reembolsar essa emissão em excesso.
- Caso posteriormente seja constatado que esse erro involuntário da residência trata-se de uma violação intencional do programa, as penalidades serão aplicadas mesmo que você concorde em reembolsar o valor devido.
- Se você não concordar em pagar, o município poderá utilizar outras formas de cobrar o valor devido, como por meio de um tribunal.
- Se o município processá-lo pelo valor devido, você também poderá ser obrigado a arcar com as custas judiciais.
- Se você não pagar o valor devido, o município poderá reter sua restituição de imposto de renda estadual e/ou solicitar que o tribunal confisque seus salários ou qualquer propriedade sua.

**Regras:** essas regras se aplicam. Você pode revisá-las em seu escritório de assistência social: MPP 63-801.21

**VOCÊ NÃO FEZ O REEMBOLSO CONFORME ACORDADO:**

- Você deve nos informar quando não for possível fazer o pagamento conforme acordado. Deve explicar por que não pode pagar. E pode solicitar que o município calcule um novo plano de reembolso.
  - Preencha, assine e devolva o Contrato de Reembolso (CF 377.7C) anexo.
- Se estiver recebendo benefícios do CalFresh e não devolver um novo Contrato de Reembolso dentro de 10 dias após a data desta notificação, os benefícios de sua residência serão reduzidos para \$ \_\_\_\_\_ a partir de \_\_\_\_\_.
- Se você não fizer o pagamento conforme acordado e não obtiver um novo plano de reembolso, o município poderá solicitar que o valor total devido seja pago imediatamente.
- Caso posteriormente seja constatado que esse erro involuntário da residência trata-se de uma violação intencional do programa, as penalidades serão aplicadas mesmo que você concorde em reembolsar o valor devido.
- Se você não fizer o pagamento conforme acordado, o município poderá utilizar outras formas de cobrar o valor devido, como por meio de um tribunal.
- Se o município processá-lo pelo valor devido, você também poderá ser obrigado a arcar com as custas judiciais.
- Se você não fizer o pagamento conforme acordado, o município poderá reter sua restituição de imposto de renda estadual e/ou solicitar que o tribunal confisque seus salários ou qualquer propriedade sua.

## 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(ao):  
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