

MUNICÍPIO DE _____

AVISO DE EMISSÃO EXCESSIVA DO CALFRESH SOMENTE PARA ERROS ADMINISTRATIVOS (AE)

Data de aviso : _____
Caso
Nome : _____
Número : _____
Trabalhador
Nome : _____
Número : _____
Telefone : _____
Endereço : _____

(ADDRESSEE)

Audiência do Estado: Se considerar essa ação errada, você poderá pedir uma audiência do estado. O verso desta página explica como fazer isso. Seus benefícios não podem ser alterados se você solicitar uma audiência antes de esta ação acontecer.

Benefícios excessivos do CalFresh foram emitidos para:

- a sua residência.
 a residência, que você patrocinou.

Aqui está o motivo:

A renda adquirida não informada não qualifica para a dedução de 20%.
\$ _____ em benefícios extras do CalFresh foram emitidos para o período de _____.
A residência recebeu \$ _____ em benefícios do CalFresh. A residência deveria ter recebido \$ _____ em benefícios do CalFresh. \$ _____ (benefícios extras do CalFresh) é o que você recebeu menos o que você deveria ter recebido. Essa quantia foi reduzida para \$ _____ porque recebemos reembolso de parte da quantia em débito. Você agora deve \$ _____.
Consulte como calculamos a quantia extra que você recebeu na planilha que veio com este aviso.

REEMBOLSO

Você deve reembolsar os benefícios extras do CalFresh.

1. Você deve pagar pelos benefícios extras do CalFresh integralmente, ou
2. Preencha, assine e devolva o formulário de Contrato de Reembolso em anexo (CF 377.7E1) e pague conforme o acordado, ou
3. Se você não assinar e devolver o contrato em 30 dias após a data deste aviso, a quantia dos benefícios do CalFresh que você recebe será reduzida para _____% a partir de _____.
 - Você não precisa usar os benefícios SSI que você recebe para reembolsar esta emissão excessiva.
 - A cobrança será de todos os adultos na residência desde quando a emissão excessiva ocorreu.
 - Se você não estiver recebendo os benefícios do CalFresh, sua emissão excessiva de AE deverá ser reembolsada se a emissão excessiva for de mais de \$125.

Regras: Essas regras se aplicam: MPP 63-801.22, 63-801.43, 63-801.7, Lomeli v. Saenz e Duarte v. Saenz. Você pode revisá-las no escritório do seu município.

- Lomeli v. Saenz: Os regulamentos federais exigem que tenhamos regras para perdoar qualquer parte da sua reclamação se acreditarmos que você não pode reembolsar a reclamação. Somente perdoamos parte de uma reclamação onde o município cometeu o erro. Pelo fato de o município ter cometido o erro, cobraremos a quantia acima reduzindo a sua destinação mensal de verbas em 5% ou \$10.00, o que for maior, por um total de até 36 meses. No final desse período, qualquer saldo restante da emissão excessiva será perdoado e não será cobrado.

POSSÍVEIS AÇÕES DE COBRANÇA:

- O seu acordo de reembolso será baseado na sua capacidade atual de pagar conforme calculado pelo município. Qualquer alteração na sua capacidade de pagamento pode alterar os seus pagamentos mensais.
- Se você não fizer o reembolso, o município poderá utilizar outras formas de cobrar a quantia em débito, como por meio de tribunais, outros métodos de agência de cobrança ou por uma ação de cobrança do governo federal.
- Se esse erro for revisado posteriormente pelo tribunal ou audiência e for determinado que foi sua culpa, podem ser aplicadas penalidades mesmo que você concorde em reembolsar o que deve.
- Se a reclamação se tornar delinquente ou a residência for processada, você estará sujeito às taxas adicionais de processo ou aos custos de tribunal.
- Se você não reembolsar a quantia em débito, o município poderá tomar a restituição do seu imposto de renda estadual/federal e/ou pedir que a corte retenha os seus salários ou alguma propriedade que você possua.

Perguntas? Pergunte ao seu trabalhador.

Aviso: Se você acreditar que essa emissão excessiva está errada, essa é última chance de pedir uma audiência. Se você permanecer no CalFresh, o município poderá cobrar a emissão excessiva diminuindo os seus benefícios mensais. Se você sair do CalFresh antes da emissão excessiva ser devolvida e não fizer acordos de reembolso, o município poderá tomar o que você deve da restituição do seu imposto de renda estadual/federal, conforme permitido por lei.

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