



RECERTIFICAÇÃO PARA OS BENEFÍCIOS DO CALFRESH

se você possui uma deficiência ou precisa de auxílio com a aplicação da recertificação, informe o Departamento de Assistência Social do Município (Município) e alguém o(a) auxiliará.

Se preferir falar, ler ou escrever em outro idioma que não seja o inglês, o Município providenciará alguém para ajudá-lo(a) sem nenhum custo.

Como continuo a receber o CalFresh?

Você deve devolver essa aplicação de recertificação e ser entrevistado(a) antes do final do período de certificação para continuar a receber o CalFresh. Em muitos países, você pode concluir esta aplicação de recertificação on-line. Para verificar se isso é possível no seu município, acesse a página

<http://www.benefitscal.org/>.

OBSERVAÇÃO: se atualmente você não possui assistência médica e estiver interessado(a) que o município utilize informações da sua aplicação do CalFresh para verificar sua qualificação ao Medi-Cal, marque a caixa na questão 12, página 3 na aplicação de recertificação.

Como eu preencho a aplicação de recertificação?

Responda todas as questões na aplicação de recertificação, se for possível. Você deve fornecer, pelo menos, o seu nome, endereço e assinatura para iniciar o processo de recertificação. Leia sobre seus direitos e responsabilidades antes de assinar esta aplicação. Devolva a aplicação assinada ao Município pessoalmente, por correio, fax ou on-line.

O que faço em seguida?

O Município enviará uma carta de indicação de entrevista para discutir esta aplicação. A maioria das entrevistas ocorre por telefone, mas também podem ser feitas pessoalmente no escritório no Município ou outro local organizado com o Município. Se precisar de outras providências por causa de uma deficiência, informe o Município. O funcionário pode auxiliá-lo a preencher esta aplicação durante a entrevista se você não preencheu todas as seções ou se precisar fazer alterações.

O que acontece na entrevista de recertificação?

Durante a entrevista, o Município examinará as informações na aplicação e fará perguntas para recertificá-lo(a) ao CalFresh e determinar seus benefícios. Para evitar atrasos na recertificação, forneça provas de qualquer mudança de circunstâncias no momento da entrevista. São exemplos: mudança de renda; mudança de pessoas comprando/se alimentando juntas, mudança nos custos domésticos, etc. Mantenha a sua entrevista mesmo que não tenha provas. O Município pode auxiliar a obter as provas necessárias para a recertificação.

O que acontece se eu esquecer de devolver a aplicação de recertificação?

Você deve devolver esta aplicação antes do seu período de certificação terminar para se recertificar ao CalFresh. Se estiver em atraso, seus benefícios podem ser interrompidos. Se você devolver esta aplicação mais de 30 dias após o final do período de recertificação, será preciso reaplicar usando a aplicação completa.

Regras do programa CalFresh Página 1 – Adquira e guarde em seus registros.

O que acontece após a minha recertificação ser aprovada?

Se você reaplicar no tempo oportuno e obtiver a recertificação antes de o período de certificação terminar, você continuará recebendo os benefícios no seu cartão de Transferência Eletrônica de Benefícios (EBT [Electronic Benefit Transfer]). Continue a utilizar o seu cartão EBT e o mesmo Número de Identificação Pessoal (PIN [Personal Identification Number]) para comprar alimentos. Se o seu cartão EBT for perdido, roubado ou destruído, ligue para (877) 328-9677 ou para o Município imediatamente. Para obter uma lista de locais próximos que aceitam o EBT, acesse a página: <https://www.ebt.ca.gov> ou <https://www.snapfresh.org>.

Direitos e responsabilidades

Você tem a responsabilidade de:

- Fornecer ao Município todas as informações necessárias para determinar a sua qualificação.
- Fornecer ao Município prova das informações fornecidas quando for necessário.
- Informar mudanças conforme exigido. O Município fornecerá informações sobre o que, quando e como informar. Se você não atender aos requisitos do relatório doméstico, os seus benefícios do CalFresh podem ser reduzidos ou interrompidos.
- Procure, adquira e mantenha um emprego ou participe de outras atividades relacionadas a trabalho se o Município informar que é necessário no seu caso.
- Coopere totalmente com os funcionários municipais, estaduais ou federais se o seu caso for selecionado para revisão ou investigação a fim de garantir que o seu nível de qualificação e benefícios tenham sido corretamente representados. A não cooperação nessas revisões pode resultar em perda dos seus benefícios.
- Devolva qualquer benefício que você não esteja qualificado a receber.

Você tem o direito de:

- Devolver uma aplicação para o CalFresh fornecendo o seu nome, endereço e assinatura.
- Ter um intérprete fornecido pelo Município sem custo, se for necessário.
- Fornecer informações ao Município e mantê-las confidenciais, a menos que elas estejam diretamente relacionadas à administração dos programas do Município.
- Retirar sua aplicação a qualquer momento antes do Município determinar a qualificação.
- Pedir auxílio para preencher sua aplicação para o CalFresh e obter uma explicação das regras.
- Pedir auxílio para obter uma prova que for necessária.
- Ser tratado com cortesia, consideração e respeito e não ser discriminado.
- Ser entrevistado por uma quantidade de tempo razoável pelo Município quando se candidatar e ter sua qualificação determinada em 30 dias.
- Obter os benefícios do CalFresh em 3 dias se você se qualificar para o Serviço Expresso.
- Obter no máximo 10 dias para fornecer as provas solicitadas ao Município que forem necessárias para fazer uma determinação da qualificação.
- Obter aviso por escrito pelo menos 10 dias antes de o Município reduzir ou interromper os benefícios do CalFresh.
- Discutir seu caso com o município e revisar seu caso quando for solicitado.
- Pedir uma audiência estadual em 90 dias se você não concordar com o Município sobre qualquer ação tomada no caso do seu CalFresh.
- Se você pedir uma audiência antes de uma ação do caso do seu CalFresh acontecer, seus benefícios do CalFresh permanecerão os mesmos até a audiência ou o final do seu período de certificação, o que vier primeiro.

Regras do programa CalFresh Página 2 – Adquira e guarde em seus registros.

- Peça seus direitos de audiência ou uma referência de auxílio judicial no número de telefone gratuito – 1-800-952-5253 ou, para deficientes auditivos ou de fala que utilizem TDD, 1-800-952-8349. Você pode obter auxílio judicial gratuito no auxílio judicial local ou escritório de direitos de assistência social.
- Traga um amigo ou alguém com você para a audiência se você não quiser ir sozinho(a).
- Obtenha assistência do Município para se registrar para votação.
- Informe mudanças que não precisam ser relatadas, caso isso possa aumentar os seus benefícios do CalFresh.
- Forneça provas das suas despesas domésticas que podem auxiliá-lo(a) a obter mais benefícios do CalFresh. Não fornecer prova ao Município é o mesmo que dizer que não possui aquela despesa e você pode não obter mais benefícios do CalFresh.
- Informe o Município se quiser que alguém mais utilize os seus benefícios do CalFresh para a sua residência ou auxilie no caso do seu CalFresh (representante autorizado).

Regras e penalidades do programa

Você está cometendo um crime se fornecer informações falsas ou erradas ou não fornecer todas as informações de propósito para tentar obter benefícios do CalFresh que você não está qualificado a receber ou para auxiliar outra pessoa a obter os benefícios aos quais ela não está qualificada a receber. Você deve devolver qualquer benefício recebido que não for qualificado(a) a receber.

Eu entendo que se eu...	eu posso...
<p>Cometer uma violação intencional ao programa ao agir da seguinte forma:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ocultar informações ou fazer afirmações falsas • utilizar os cartões EBT que pertencem a outra pessoa ou deixar que alguém use o seu cartão • utilizar os benefícios do CalFresh para comprar bebida alcoólica ou tabaco • comercializar, vender ou doar os benefícios do CalFresh ou os cartões EBT 	<ul style="list-style-type: none"> • perder os benefícios do CalFresh por 12 meses para a primeira ofensa e ser obrigado(a) a devolver todos os benefícios do CalFresh pagos em excedentes para mim • perder os benefícios do CalFresh por 24 meses para a segunda ofensa e ser obrigado(a) a devolver todos os benefícios do CalFresh pagos em excedente para mim • perder os benefícios do CalFresh permanentemente para a terceira ofensa e ser obrigado a devolver todos os benefícios do CalFresh pagos em excedente para mim • ser multado em até \$250.000,00, condenado a até 20 anos de prisão ou ambos
<ul style="list-style-type: none"> • comercializar os benefícios do CalFresh para substâncias controladas, como drogas 	<ul style="list-style-type: none"> • perder os benefícios do CalFresh por 24 meses para a primeira ofensa • perder os benefícios do CalFresh permanentemente para a segunda ofensa
<ul style="list-style-type: none"> • fornecer informações falsas sobre quem eu sou e onde resido para que eu possa obter benefícios extras do CalFresh 	<ul style="list-style-type: none"> • perder os benefícios do CalFresh por 10 anos para cada ofensa
<ul style="list-style-type: none"> • ser condenado por comercializar ou vender os benefícios do CalFresh com valor superior a \$500 ou comercializar os benefícios do CalFresh para armas de fogo, munição ou explosivos 	<ul style="list-style-type: none"> • perder os benefícios do CalFresh permanentemente

Regras do programa CalFresh Página 3 – Adquira e guarde em seus registros.

Informações importantes para não cidadãos: Você pode aplicar e receber os benefícios do CalFresh para pessoas que se qualificam, mesmo que a sua família inclua outras pessoas que não se qualificam. Obter benefícios alimentícios não afetará você e o status de imigração da sua família. As informações de imigração são privadas e confidenciais. O status de imigração de não cidadãos que são qualificados para se candidatarem aos benefícios serão verificados com o Serviço de Imigração e Cidadania dos EUA (USCIS [U.S. Citizenship and Immigration Services]). A lei federal diz que o USCIS não pode utilizar a informação para nada a não ser em casos de fraude.

Não participação: Você não precisa fornecer informações de imigração, número do seguro social ou documentos para nenhum membro da família não cidadão que não estiver aplicando para os benefícios do CalFresh. Porém, o Município precisará saber suas rendas e informações de recursos para determinar corretamente os benefícios do CalFresh da sua residência. O Município não entrará em contato com o USCIS sobre pessoas que não aplicaram para os benefícios do CalFresh.

Uso dos Números de Seguro Social (SSN [Social Security Numbers]): Todos que aplicarem para os benefícios do CalFresh precisam fornecer um SSN, se tiverem algum, ou prova de que aplicaram para um SSN (como uma carta do Escritório de Seguro Social). O município pode negar os benefícios do CalFresh para você ou qualquer membro da sua residência que não fornecer um SSN. Algumas pessoas não precisam fornecer um SSN para obter auxílio, como vítimas de abuso doméstico, testemunha de processo criminal e vítimas de tráfico.

Emissão excessiva: Isso significa que você obteve mais benefícios do CalFresh do que deveria. Você terá que devolver se o município cometeu um erro ou se não foi de propósito. Seus benefícios podem ser reduzidos ou interrompidos. Seu SSN pode ser usado para coletar a quantidade de benefícios devida, por meio de tribunais de justiça, outras agências de arrecadação ou ação de arrecadação do governo federal.

Informação: Sua residência deve continuar a informar as mudanças que o município solicitou. Se você não fornecer informações, seus benefícios serão reduzidos ou interrompidos. Você também pode fornecer informações se algo acontecer que pode aumentar seus benefícios, como o recebimento de menos renda.

Audiência estadual: Você tem o direito a uma audiência estadual se não concordar com alguma ação tomada com relação à sua recertificação para os benefícios em andamento. Você pode solicitar uma audiência estadual em 90 dias a partir da ação do Município e deve informar o motivo de desejar uma audiência. O aviso de provação ou reprovação que receber do Município terá informações sobre como solicitar uma audiência estadual.

Não discriminação: É a política Estadual e Municipal que todas as pessoas sejam tratadas com igualdade, com respeito e dignidade. De acordo com a lei federal e a Política do Departamento de Agricultura dos EUA (USDA [U.S Department of Agriculture]), a discriminação com base em raça, cor, origem nacional, sexo, idade, religião, crenças políticas ou deficiência é estritamente proibida. Para registrar uma reclamação, entre em contato com o Coordenador de Direitos Civis do Município ou com o USDA ou o Departamento de Serviços Sociais da Califórnia (CDSS):

USDA Director, Office of Civil Rights Room
326-W, Whitten Building
1400 Independence Ave., S.W.
Washington, D.C. 20250-9410
1-202-720-5964 (voz e TDD)

CDSS Civil Rights Bureau
P.O.BOX 944243, M.S. 8-16-70
Sacramento, CA 94244-2430
1-866-741-6241 (número gratuito)

O USDA é um empregador de oportunidades iguais.

Regras do programa CalFresh Página 4 – Adquira e guarde em seus registros.

Lei sobre Privacidade e Divulgação: Você está fornecendo informações pessoais na aplicação. O Município usa essas informações para verificar sua qualificação para os benefícios. Se você não fornecer as informações solicitadas, o Município pode negar a sua aplicação. Você tem o direito de revisar, alterar ou corrigir qualquer informação que forneceu ao município. O Município não mostrará suas informações nem as fornecerá para outros a menos que você dê permissão ou a lei federal ou estadual permita esta ação. O Município verificará estas informações por meio de programas de computador que fazem a combinação, incluindo o Sistema de Verificação de Renda e Ganhos (IEVS [Income and Earnings Verification System]). Essas informações serão usadas para monitorar a conformidade com os regulamentos do programa e para gerenciamento do programa. O Município pode compartilhar essas informações com outras agências federais e estaduais para exame oficial, para oficiais de cumprimento da lei com o propósito que prender pessoas fugitivas da lei e para agências de recolhimento de reivindicações privadas para ações de recolhimento de reivindicações. As informações que o Município obtém dessas agências podem afetar a sua qualificação e o nível de benefícios.

Revisões de registro de casos: Seu caso pode ser selecionado para revisão adicional para garantir que sua qualificação estava representada corretamente. Você deve cooperar totalmente com os funcionários municipais, estaduais e federais em qualquer investigação ou revisão, incluindo revisão de controle de qualidade. A não cooperação nessas revisões pode resultar em perda dos seus benefícios.

Regras de trabalho para o CalFresh: O Município pode atribuir um programa de trabalho obrigatório a você. Se você não participar quando solicitado pelo Município, seus benefícios podem ser reduzidos ou interrompidos. Além disso, você pode não se qualificar para o CalFresh se tiver sido demitido recentemente do trabalho.

Utilização do EBT: Qualquer uso do cartão EBT por você, um membro da residência, seu representante autorizado ou alguém a quem você deu voluntariamente o seu cartão EBT ou PIN será considerado aprovado por você e qualquer benefício retirado de sua conta **não** será substituído.

OBSERVAÇÕES



APLICAÇÃO DE RECERTIFICAÇÃO - SOMENTE RESIDÊNCIAS DO CALFRESH

Para manter seus benefícios regulares sem uma pausa, preencha, assine, date e retorne este formulário para o Município e forneça provas de suas circunstâncias **antes** do final do período de certificação. Precisamos das informações nesta data porque precisaremos entrevistá-lo(a) para concluir a recertificação. Queremos **somente** saber sobre as **mudanças** que sua residência teve desde a última vez que forneceu informações ao Município. Precisamos de **no mínimo** o seu nome, assinatura, endereço e formulário com data para iniciar a recertificação do CalFresh.

Nome do caso: _____ Número do caso: _____

1. Alguém se mudou de sua residência ou veio para ela (incluindo recém-nascidos)? Sim Não (Se **sim**, preencha a seção abaixo)

Data em que se mudou (dd/mm/aa)	Nome (Primeiro, nome do meio, sobrenome)	Data de nascimento	Relacionamento a você	Regularmente compram e preparam alimentos juntos?
<input type="checkbox"/> Entrou <input type="checkbox"/> Saiu / /		/ /		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Entrou <input type="checkbox"/> Saiu / /		/ /		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Entrou <input type="checkbox"/> Saiu / /		/ /		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

2. Você pode autorizar alguém com 18 anos ou mais a ajudar na sua residência com seus benefícios do CalFresh. Essa pessoa também pode falar por você na entrevista, ajudá-lo a preencher formulários, fazer compras e relatar alterações para você. Você precisará ressarcir qualquer benefício que possa receber por engano devido a informações que essa pessoa forneça ao condado, e qualquer benefício que você não gostaria que essa pessoa tivesse gastado não será repostado. Se você for um representante autorizado, precisará comprovar ao condado a sua identidade e a identidade do candidato.

Deseja indicar alguém para ajudá-lo com o seu caso do CalFresh? Sim Não

Em caso **positivo**, preencha a seção a seguir:

NOME DO REPRESENTANTE AUTORIZADO	NÚMERO DE TELEFONE DO REPRESENTANTE AUTORIZADO
----------------------------------	--

Deseja indicar alguém para receber e gastar os benefícios do CalFresh para a sua residência? Sim Não

Em caso **positivo**, preencha a seção a seguir:

NOME	NÚMERO DE TELEFONE		
ENDEREÇO	CIDADE	ESTADO	CEP

3. Houve alguma mudança no seu endereço? Sim Não (Se **sim**, preencha a seção abaixo)

Novo endereço: _____ Data em que se mudou: _____

Endereço para correspondência (se for diferente do anterior) _____

4. Se você se mudou ou possui custos domésticos novos/alterados, preencha a informação abaixo:

Seu aluguel ou financiamento por mês atualmente? \$ _____

Se pago separadamente, impostos de propriedade e seguro de casa por mês atualmente? \$ _____

4a. Você possui custos com serviços públicos que não estão incluídos nos seus custos domésticos? Se sim, marque quais são:

Telefone Lixo Água Eletricidade/Gás Outros custos de aquecimento ou resfriamento

5. Você é sem-teto? Sim Não Se **sim**, você paga custos com abrigos? Sim Não

Nome do caso: _____

Número do caso: _____

6. Estudantes: Alguém que está aplicando para os benefícios, incluindo você, está na universidade ou escola vocacional? Sim NãoSe **sim**, forneça as informações abaixo. Se **não**, pule para a próxima questão.

Nome da pessoa	Nome da escola/ treinamento	Status de inscrito (✓ marque uma opção)	Esta pessoa está trabalhando?
		<input type="checkbox"/> Meio período ou mais <input type="checkbox"/> Menos de meio período <input type="checkbox"/> Número de unidades: _____	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM , Média de horas de trabalho por semana: _____
		<input type="checkbox"/> Meio período ou mais <input type="checkbox"/> Menos de meio período <input type="checkbox"/> Número de unidades: _____	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM , Média de horas de trabalho por semana: _____

7. Alguém está atualmente recebendo renda de emprego? Sim Não

Se **sim**, preencha a seção abaixo e anexe a prova. Liste cada trabalho para cada pessoa que trabalha. Se precisar de mais espaço, anexe um pedaço de papel separado e identifique sobre quais questões você está escrevendo. Exemplos incluem serviço de babá, salário, trabalho autônomo, subsídio de doença, gorjetas, etc.

	Trabalho Nº 1	Trabalho Nº 2	Trabalho Nº 3
Nome da pessoa que recebe renda:			
Nome do empregador:	Autônomo, marcar <input type="checkbox"/>	Autônomo, marcar <input type="checkbox"/>	Autônomo, marcar <input type="checkbox"/>
Com que frequência é pago:	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> A cada duas semanas <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Mensalmente <input type="checkbox"/> Duas vezes por mês	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> A cada duas semanas <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Mensalmente <input type="checkbox"/> Duas vezes por mês	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> A cada duas semanas <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Mensalmente <input type="checkbox"/> Duas vezes por mês
Quantia bruta mensal de renda:	\$	\$	\$
Horas trabalhadas por mês:			
Esta renda continuará?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

7a. Haverá alguma mudança no trabalho de alguém ou na renda em um futuro próximo? Sim Não

Exemplos: Interrupção, início, aumento ou diminuição de renda, mudança nas horas, demissão do trabalho, início de greve, mudança na frequência do pagamento de alguém.

Se sim, explique aqui e anexe alguma prova: _____

8. Alguém está atualmente recebendo dinheiro de alguma outra fonte? Sim Não

Se **sim**, preencha a seção abaixo e **anexe a prova**. Exemplos: seguro social, seguro desemprego, benefícios de veterano, seguro de deficiência do Estado (SDI), pensão alimentícia/matrimonial, compensação de trabalhador, empréstimo/presente, habitação recebida/não recebida, serviços públicos, alimentação, etc.

Nome	Fonte de renda	Pagamento único ou contínuo	Quanto/Com que frequência

8a. Haverá alguma mudança nessa renda em um futuro próximo? Sim Não

Se sim, explique aqui: _____

Nome do caso: _____ Número do caso: _____

9. Custos médicos: Alguém que recebe o CalFresh e tem 60 anos ou mais ou possui alguma deficiência, teve um aumento ou começou a pagar custos médicos? Sim Não (Se **sim**, preencha a seção abaixo esta é uma nova despesa ou se a alteração for de mais de \$ 25.)

Quem teve o custo? _____ Tipo de custo _____

Quantia paga? _____ Com que frequência? _____

10. Pensão alimentícia: Alguém que recebe o CalFresh teve que pagar pensão alimentícia? Sim Não(Em caso **positivo**, preencha a seção a seguir e anexe a comprovação se esta for uma nova obrigação de pensão alimentícia ou uma alteração na obrigação legal de pagar pensão alimentícia ou um aumento no valor da pensão alimentícia paga.)

Nome(s) da(s) criança(s) _____

Qual é a quantia atual que eles precisam pagar? \$ _____ Quem pagou o suporte? _____

11. Dependente ou creche: Alguém paga por creche, adulto com deficiência ou outro dependente para que você ou outra pessoa possa trabalhar, estudar ou procurar emprego? Sim Não(Se **sim**, liste apenas a quantia que você ou alguém de sua residência paga do próprio bolso. Anexe comprovação caso o provedor ou o valor desembolsado tenha mudado.)

Quantia: \$ _____ Quem pagou: _____ Listar dependente/criança: _____

12. Você tem interesse em aplicar para o Medi-Cal? Sim NãoSe você responder que "**sim**", o Município utilizará essa sua informação para descobrir se você pode receber o Medi-Cal.**13. Benefícios duplicados**Você ou algum membro da sua residência já foi condenado por receber benefícios SNAP duplicados de forma fraudulenta (nome federal para o programa de assistência alimentícia, conhecido como CalFresh na Califórnia) em algum Estado depois de 22 de setembro de 1996? Sim NãoSe **sim**, quem? _____**14. Benefícios de tráfico**Você ou algum membro da sua residência já foi condenado por traficar (permitir uso ou vender cartões EBT para outras pessoas) benefícios do SNAP de \$500 ou mais depois de 22 de setembro de 1996? Sim NãoSe **sim**, quem? _____**15. Comercializar benefícios por drogas**

Você ou algum membro da sua residência já foi culpado por comercializar benefícios do SNAP por drogas após 22 de setembro de 1996?

 Sim Não Se **sim**, quem? _____**16. Comercialização de benefícios por armas de fogo ou explosivos**Você ou algum membro da sua residência já foi culpado por comercializar benefícios do SNAP por armas, munição ou explosivos depois de 22 de setembro de 1996? Sim NãoSe **sim**, quem? _____**17. Criminoso fugitivo**Você ou algum membro da sua residência está se escondendo ou fugindo da lei para evitar processo, ser levado em custódia ou ir para a cadeia por crime hediondo ou tentativa de crime hediondo? Sim NãoSe **sim**, quem? _____**18. Violação de condicional/indulto**Você ou algum membro da sua residência foi descoberto por um tribunal de justiça por estar em violação de condicional ou indulto? Sim NãoSe **sim**, quem? _____

Nome do caso: _____

Número do caso: _____

CERTIFICAÇÃO

Leia cuidadosamente, assinie e date. Ao assinar este formulário:

Eu entendo que ao assinar esta aplicação de recertificação sob pena de perjúrio (praticar falso testemunho), que:

- Eu li ou leram para mim, as informações nesta aplicação de recertificação e minhas respostas para as questões nesta aplicação de recertificação.
- Minhas respostas às questões são verdadeiras e completas segundo o meu conhecimento.
- Quaisquer respostas que possa dar para meu processo de recertificação serão verdadeiras e completas segundo o meu conhecimento.
- Eu li ou leram para mim os direitos e responsabilidades (Regras do programa, página 1) para o programa CalFresh e as regras e penalidade do programa CalFresh (Regras do programa, páginas 2 e 3).
- Eu entendo que dar testemunho falso ou enganoso ou deturpante, ocultar ou reter fatos para estabelecer a qualificação para o CalFresh é considerado fraude. A fraude pode ocasionar um caso criminal registrado contra mim e/ou eu posso ser barrado por um período de tempo (ou vida) de receber os benefícios do CalFresh.
- Eu entendo que os Números do Seguro Social e o status de imigração para membros da residência que se aplicam aos benefícios podem ser compartilhados com agências do governo apropriadas conforme exigido pela lei federal.

PARA CONTINUAR A RECEBER OS BENEFÍCIOS, VOCÊ DEVE ASSINAR E DATAR ESTA APLICAÇÃO E SER ENTREVISTADO(A) ANTES DO ÚLTIMO DIA DO SEU PERÍODO DE CERTIFICAÇÃO.

QUEM DEVE ASSINAR ABAIXO: Membro adulto da residência/representante autorizado/tutor

Assinatura ou marca da aplicação_____
Data_____
E-mail/telefone de contato