

SOLICITAÇÃO DE VERIFICAÇÃO

--

NOME DO CASO:
NÚMERO DO CASO:
NOME DO TRABALHADOR:
FONE/FAX DO TRABALHADOR:
DATA:

Você solicitou o CalWORKs (CW) CalFresh (CF) Medi-Cal (MC)

Precisamos de comprovação da sua parte para verificarmos se você pode obter (ou continuar obtendo) ajuda em espécie ou outros benefícios. Listamos as informações necessárias abaixo. Precisaremos negar ou finalizar os seus benefícios enquanto você tenta obter a comprovação e nos diga se estiver tendo problemas.

Data de Validade	Nº do Item	Item	Pessoa	Pro-grama	Marque (✓) a caixa que se aplica a você
				<input type="checkbox"/> CW <input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/> MC	<input type="checkbox"/> Eu não tenho a comprovação <input type="checkbox"/> Eu tentei, mas não consigo obter a comprovação <input type="checkbox"/> Eu conheço alguém que pode verificar esta informação <input type="checkbox"/> Eu preenchi o formulário de Liberação para obter ajuda
				<input type="checkbox"/> CW <input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/> MC	<input type="checkbox"/> Eu não tenho a comprovação <input type="checkbox"/> Eu tentei, mas não consigo obter a comprovação <input type="checkbox"/> Eu conheço alguém que pode verificar esta informação <input type="checkbox"/> Eu preenchi o formulário de Liberação para obter ajuda
				<input type="checkbox"/> CW <input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/> MC	<input type="checkbox"/> Eu não tenho a comprovação <input type="checkbox"/> Eu tentei, mas não consigo obter a comprovação <input type="checkbox"/> Eu conheço alguém que pode verificar esta informação <input type="checkbox"/> Eu preenchi o formulário de Liberação para obter ajuda

Listamos os tipos de comprovação no verso deste formulário. Algumas vezes podemos aceitar outras comprovações. Entre em contato com o município se tiver dúvidas ou se outro tipo de prova que você possui for aceitável.

Avise o seu trabalhador ou entre em contato com o município se você tiver problemas para obter a comprovação. Podemos ajudá-lo a tentar obter a comprovação.

- Forneça-nos qualquer comprovação que você tenha.
- Marque a caixa abaixo que se aplica a você para o que você não conseguiu obter e entregue este formulário ou entre em contato com o município antes da data final da comprovação.
- Se você precisar de ajuda do município para obter comprovação, preencha o formulário de "Autorização para Liberação de Informação" e devolva-o ao município.
- **Somente para o CalWORKs:** Se houver custos para obter a comprovação, o município pode pagar a taxa para você.
- Se a comprovação não existir, você pode assinar uma declaração juramentada. (A declaração juramentada é permitida somente para certos tipos de comprovação.)
- **Somente para o CalFresh:** Se você não conseguir obter comprovação, alguém de fora da sua residência que conheça as informações (contato colateral) pode ser contactado pelo município. (Um contato colateral é permitido somente para certos tipos de comprovação).

Se não obtivermos a comprovação ou tivermos contato com você até as datas finais listadas acima, teremos que negar, diminuir ou interromper os seus benefícios.

Você pode obter um recibo de todos os documentos entregues a nós pessoalmente. Para seu registro, guarde uma cópia deste formulário de todas as comprovações que você nos enviar.

TIPO DE VERIFICAÇÃO/FONTES DE COMPROVAÇÃO

Abaixo estão listados exemplos de tipos de comprovação. Você não precisa providenciar todos os documentos listados. Se você tiver outros tipos de comprovação não listados, entre em contato com seu trabalhador.

1 Data de nascimento/Cidadania

- Certidão de nascimento (documentos originais não exigidos para o Medi-Cal)
- Passaporte dos EUA
- Certificado de naturalização
- Certificado de batismo (*com data e local de nascimento*)
- Declaração de testemunha do nascimento

2 Renda

- 30 dias de recibo de pagamento
- Carta do empregador com o pagamento bruto, horas trabalhadas, etc.
- Cópia do cheque ou recibo de pagamento da pensão alimentícia
- Carta de prêmio de benefícios (*Seguro social/Veteranos/Desemprego/Invalidez, etc.*)
- Formulários de taxas de trabalhador autônomo (*Programação < C do IRS, etc.*)
- Recibos de despesas de trabalho se você for trabalhador autônomo
- Declarações de auxílio de subsídio/empréstimo/financiamento estudantil
- Formulário de declaração de patrocinador

3 Estado de imigração (não cidadãos)

- Documentações/formulários/cartões de imigração (*cópia da frente e do verso*)
- Outra comprovação de imigração (*USCIS*), como: autorização de trabalho, carta de decisão ou pedido de tribunal, etc.

4 Propriedade/Recursos

- Registro de veículo
- Comprovações de empréstimos ou débitos/penhora de propriedade
- Declaração de posse associada
- Conta(s) de hipoteca
- Escritura de propriedade
- Extratos bancários
- Apólices de seguro de vida, ações, títulos, IRAs
- Extrato(s) mais recente(s) de conta de aposentadoria
- Formulário de declaração de patrocinador
- Acordos como processos e ações contra seguros
- Jazigos/criptas de sepultamento

5 Outras comprovações

- Recibos de assistência à criança/dependente
- Declaração do provedor de assistência à criança/dependente
- Recibos de despesas escolares
- Cheques/recibos cancelados para pagamentos de pensão alimentícia
- Certidão de óbito, obituário, declaração de óbito de testemunha
- Documentos de tribunal (*pedido de pensão alimentícia*)
- Registros de frequência escolar

6 Identidade

- Carteira de motorista ou cartão de identificação
- Identidade com foto (*de agência do governo, escola, etc.*)
- Passaporte
- Documentos de USCIS (INS)

7 Relacionamento

- Certidão de casamento
- Certidão de união estável
- Certidão de nascimento
- Documentos de tribunal (*divórcio, tutela, etc.*)

8 Custos de habitação e serviços públicos

- Acordos de aluguel ou recibos de aluguel
- Conta de hipoteca
- Conta de serviços públicos
- Declaração de taxa de propriedade
- Contas de seguro de casa ou do locatário
- Recibo de hotel
- Cheques cancelados ou cópias
- Declaração explicando acordos domésticos

9 Residência

- Envelope carimbado ou cartão postal endereçado a você
- Conta de serviços públicos
- Contrato de aluguel
- Conta ou outro(s) documento(s) com seu nome e endereço
- Carteira de motorista ou cartão de identificação
- Aviso de despejo/aviso de pagamento de aluguel ou retirada

10 Despesas Médicas

- Contas ou recibos médicos
- Contas ou recibos de transporte médico
- Apólices de seguro dental ou de saúde ou seguros de vida
- Cartão Medicare (*somente para Medi-Cal*)

11 Verificação Médica

- Comprovação de gravidez feita por um médico ou clínica com a data prevista do parto
- Declaração médica ou invalidez descoberta por uma agência (*SSA/SDI/VA, etc.*)
- Formulário de verificação médica (CW 61)

12 Registros de imunização (para crianças menores de 6 anos de idade)

- Registro de vacina carimbado/Cartão de imunização
- Declaração de que as imunizações são contra suas crenças
- Declaração de pais ou parente cuidador explicando porque você não pode receber imunizações
- Declaração do médico de que as imunizações não estão disponíveis

AUTORIZAÇÃO PARA LIBERAÇÃO DE INFORMAÇÃO
****FORMULÁRIO OPCIONAL****

Se você não conseguir obter a comprovação necessária, podemos conseguir obtê-la para você. Preencha este formulário e envie-o para o seu trabalhador até _____. **VOCÊ SÓ PRECISA PREENCHER ESTE FORMULÁRIO SE DESEJAR QUE O MUNICÍPIO ENTRE EM CONTATO COM ALGUÉM PARA QUE VOCÊ OBTENHA A COMPROVAÇÃO NECESSÁRIA.**

Se tiver dúvidas sobre este formulário, ou precisar de ajuda para preenchê-lo, peça ao seu trabalhador. Você também pode pedir mais cópias para o seu trabalhador. Use um formulário separado de “Autorização para Liberação de Informação” para cada pessoa ou agência com a qual você entrar em contato.

Para: _____,

Eu, _____, em _____
(NOME IMPRESSO) (ENDEREÇO)

concedo permissão para _____ para conceder ao _____
(NOME DA AGÊNCIA, INSTITUIÇÃO, PROVEDOR INDIVIDUAL) (DEPARTAMENTO DE SERVIÇOS SOCIAIS DO MUNICÍPIO)
informações com relação a _____.

Essa permissão termina em _____, ou 60 dias a partir da data de assinatura, se nenhuma data estiver listada.
(DATA)

(Preencha o formulário totalmente antes de assinar.)

ASSINATURA DO CANDIDATO/BENEFICIÁRIO	DATA
--------------------------------------	------

SE ISSO SE REFERIR ÀS INFORMAÇÕES DE UM MENOR DE IDADE, INSIRA O RELACIONAMENTO COM O MENOR
