

CONDADO DE

# AVISO DO FOOD STAMP SOBRE SUSPENSÃO

## (Falha no cumprimento da regra de trabalho para ABAWD – Adulto Apto para o Trabalho e sem Dependentes)

(ADDRESSEE)

Data do aviso: \_\_\_\_\_  
Nome do caso: \_\_\_\_\_  
Número: \_\_\_\_\_  
Nome do funcionário: \_\_\_\_\_  
Número: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dúvidas? Pergunte ao funcionário.

**Audiência estadual:** Se você acha que esta ação está errada, pode solicitar uma audiência. O verso desta página informa como. Seus benefícios não poderão ser alterados se você solicitar uma audiência antes de esta ação ocorrer.

\_\_\_\_\_, a partir de \_\_\_\_\_,  
(NOME) (DATA)  
seus food stamps serão interrompidos porque você recebeu os food stamps  
de \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_  
(MÊS/ANO) (MÊS/ANO) (MÊS/ANO)  
sem ter cumprido a regra de trabalho de Adulto Apto para o Trabalho e  
sem Dependentes (ABAWD).

O valor de seus food stamps serão alterados de \$ \_\_\_\_\_ para  
\$ \_\_\_\_\_.

### **SE VOCÊ PERDER SEUS FOOD STAMPS, PODERÁ TÊ-LOS DE VOLTA SE**

até \_\_\_\_\_, você  
(DATA)

- Apresentar prova de que está cumprindo as seguintes regras de trabalho para ABAWD.
  - Durante pelo menos 20 horas por semana, você deve executar uma destas atividades:
    - Trabalhar,
    - Frequentar escola ou treinamento,
    - Ter uma combinação de escola, treinamento e trabalho ou
    - Realizar trabalho social pelo número de horas determinado pelo condado.
- Satisfazer uma das isenções das regras de trabalho citadas abaixo.
- Tiver um motivo temporário (como ter estado doente, ter cuidado de um membro enfermo na família, ter tido uma emergência familiar, não ter transporte disponível, ou ter problemas para falar, ler ou escrever em inglês).
- Você pode se candidatar a qualquer momento caso se torne isento da regra de trabalho ou após \_\_\_\_\_, quando se encerra seu calendário de 36 meses. (DATA)

### **PARA SER ISENTO DAS REGRAS DE TRABALHO, VOCÊ DEVE**

- Ter idade abaixo de 18 anos ou igual ou superior a 50 anos;
- Ser física ou mentalmente incapaz para trabalho;
- Cumprir as regras do Programa de Assistência Social para o Trabalho (Welfare to Work) do CalWORKs;
- Cuidar de pessoa ferida ou doente que necessitará de ajuda por mais de 30 dias;
- Participar de um programa de tratamento contra drogas ou alcoolismo que o impeça de trabalhar durante 30 ou mais horas por semana;
- Receber ou ter-se inscrito para receber benefícios do Seguro Desemprego;
- Estar empregado ou trabalhar por conta própria pelo menos 30 horas por semana ou receber vencimentos semanais pelo menos iguais ao salário mínimo federal multiplicado por 30 horas;

- Frequentar a escola durante pelo menos meio período;
- Estar grávida; ou
- Morar em uma residência que receba o food stamp e em que viva uma criança pequena, mesmo que essa criança não esteja qualificada para receber food stamps.

### **VOCÊ NÃO PERDERÁ SEUS FOOD STAMPS SE**

até \_\_\_\_\_, você  
(DATA)

- Apresentar prova verbal ou escrita de que está cumprindo as regras de trabalho para ABAWD.
- For isento (veja a lista "PARA SER ISENTO DAS REGRAS DE TRABALHO", no lado esquerdo).
- Tiver um motivo (isto é, ter estado temporariamente doente, ter cuidado de um membro enfermo na família, ter tido uma emergência familiar, não ter transporte disponível, ter problemas para falar, ler ou escrever em inglês) para não cumprir as regras de trabalho.
- Começar a cumprir a regra que deixou de cumprir (veja acima a regra de trabalho ou ligue para o funcionário).

### **PERÍODO DE 36 MESES**

- Durante um período de 36 meses, você só poderá receber food stamps por três meses, a menos que cumpra a regra de trabalho para ABAWD.
- Você pode receber food stamps por outro período de três meses sem cumprir a regra de trabalho para ABAWD se atender a determinadas condições.

### **VEJA COMO TER DE VOLTA OS FOOD STAMPS**

- Você pode ter os food stamps de volta se cumprir, durante um período de 30 dias, uma das regras de trabalho para ABAWD listadas acima.
- Você pode se candidatar a qualquer momento caso se torne isento da regra de trabalho ou após \_\_\_\_\_, quando se encerra seu calendário de 36 meses. (DATA)

**REGRAS:** Essas regras são aplicáveis. Analise-as no seu escritório de assistência social.

Seção do MPP  63-410;  Outros \_\_\_\_\_.

## SEUS DIREITOS EM RELAÇÃO A AUDIÊNCIAS

Você tem o direito de solicitar uma audiência se discordar de qualquer ação do condado. Você tem apenas 90 dias para solicitar uma audiência. O período de 90 dias teve início no dia seguinte ao da entrega ou postagem deste aviso.

Se você solicitar uma audiência antes que ocorra uma ação sobre Auxílio em Dinheiro, benefícios médicos, Food Stamp ou assistência infantil:

- Seu Auxílio em Dinheiro ou seus benefícios médicos permanecerão inalterados até a audiência.
- Seus serviços de assistência infantil podem permanecer inalterados até a audiência.
- Seus Food Stamps permanecerão inalterados até a audiência ou até o término do período de sua certificação, o que ocorrer antes.

Se a decisão da audiência nos der razão, você nos deverá qualquer Auxílio em Dinheiro, Food Stamp ou serviços de assistência infantil extras que tiver recebido.

Para nos permitir reduzir ou interromper seus benefícios antes da audiência, assinale abaixo: Sim, reduzir ou interromper:

Auxílio em Dinheiro     Food Stamp     Assistência infantil

Enquanto você aguarda a decisão de uma audiência para:

### Assistência Social para o Trabalho:

Você não precisa participar das atividades.

Você pode receber pagamentos de assistência infantil devido a emprego e a atividades aprovadas pelo condado antes deste aviso.

Se tivermos informado a você que outros serviços de assistência serão suspensos, você não receberá nenhum pagamento, mesmo que exerça sua atividade.

Se tivermos informado a você que pagaremos seus outros serviços de assistência, eles serão pagos no valor e do modo informado neste aviso.

- Para obter esses serviços de assistência, você deve exercer a atividade que o condado recomendou.
- Se o valor dos serviços de assistência pago pelo condado enquanto você aguarda a decisão de uma audiência não for suficiente para permitir sua participação, você poderá deixar de exercer a atividade.

### Cal-Learn (programa de educação para pais adolescentes):

- Você não poderá participar do Programa Cal-Learn se tivermos informado que não podemos atendê-lo.
- Só pagaremos serviços de assistência do Cal -Learn por uma atividade aprovada.

## OUTRAS INFORMAÇÕES

**Membros de planos de assistência Medi-Cal administrada:** A ação de que trata este aviso pode interromper a obtenção de serviços de seu plano de assistência médica administrada. Se tiver dúvidas, convém entrar em contato com os serviços de seu plano de saúde.

**Assistência infantil e/ou médica:** A agência local de assistência infantil ajudará a obter assistência sem custo, mesmo que você não receba auxílio em dinheiro. Se for obtida essa assistência, isso será mantido a menos que você peça por escrito a interrupção. O auxílio financeiro atual será enviado a você, mas será retido o valor vencido que for devido ao condado.

**Planejamento familiar:** O escritório de assistência social fornecerá informações quando solicitadas.

**Pauta de audiência:** Se você solicitar uma audiência, a Divisão de Audiências Públicas organizará uma pauta. Você tem o direito de ver essa pauta antes de sua audiência e de obter, com antecedência de pelo menos dois dias, uma cópia da posição do condado sobre seu caso. O estado pode fornecer a pauta de sua audiência ao Departamento de Assistência Social e aos Departamentos de Saúde, Assistência Social e Agricultura dos EUA. **(Seções 10850 e 10950 do Código W&I.)**

## PARA SOLICITAR UMA AUDIÊNCIA:

- Preencha esta página.
- Faça uma cópia da frente e do verso desta página, para seu arquivo. Se você solicitar, o funcionário lhe fornecerá uma cópia desta página.
- Envie ou leve esta página para:

OU

- Ligue gratuitamente para: 1-800-952-5253 ou, para portadores de deficiência de audição ou fala que usam TDD (telecomunicações para deficientes auditivos), 1-800-952-8349.

Para obter ajuda: Você pode se informar sobre seus direitos relativos à audiência ou solicitar orientação sobre assistência jurídica nos números de telefone gratuitos listados acima. Você pode obter assistência jurídica gratuita no escritório local de auxílio jurídico ou de direitos sociais.

Se não quiser comparecer à audiência sozinho, pode levar um amigo ou outra pessoa com você.

## SOLICITAÇÃO DE AUDIÊNCIA

Desejo uma audiência devido a uma ação do Departamento de Assistência Social do condado de \_\_\_\_\_ a respeito de meu:

Auxílio em Dinheiro     Food Stamp     Benefício médico

Outro (listar) \_\_\_\_\_

Eis a razão: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Se precisar de mais espaço, assinale aqui e adicione uma página.

Preciso que o estado me forneça um intérprete, sem custo. (Um parente ou amigo não poder atuar como intérprete em uma audiência.)

Meu idioma ou dialeto é: \_\_\_\_\_

NOME DA PESSOA CUJOS BENEFÍCIOS FORAM RECUSADOS, ALTERADOS OU SUSPENSOS

DATA DE NASCIMENTO

TELEFONE

ENDEREÇO

CIDADE

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

ASSINATURA

DATA

NOME DA PESSOA QUE PREENCHEU ESTE FORMULÁRIO

TELEFONE

Desejo que a pessoa nomeada abaixo me represente nesta audiência. Dou permissão para que essa pessoa veja meus registros ou compareça à audiência em meu lugar. (Essa pessoa pode ser um amigo ou parente, mas não pode atuar como intérprete para você.)

NOME

TELEFONE

ENDEREÇO

CIDADE

ESTADO

CÓDIGO POSTAL