

NOTICE OF ADMINISTRATIVE DISQUALIFICATION

Data da Notificação : _____
 Caso NOME : _____
 Número Funcionário : _____
 NOME : _____
 Número : _____
 Telefone : _____
 Endereço : _____

(Addressee)

Perguntas? Pergunte ao Funcionário Responsável.

Audiência com o Estado: Você não pode apelar à ação de desqualificação em uma audiência estadual. Se você acha que o novo valor dos benefícios do CalFresh para os outros membros da sua residência está errado, você pode solicitar uma audiência. O verso desta página fornece detalhes. Na maioria das vezes o novo valor não sofrerá mudanças, a menos que a decisão da audiência seja alterada.

AÇÃO DE DESQUALIFICAÇÃO

As seguintes ações desqualificam você do Programa CalFresh:

- A decisão da audiência do estado considera que você cometeu uma violação intencional ao programa.
- A decisão do tribunal considera que você cometeu uma violação intencional ao programa.
- Você assinou um acordo de Desqualificação em _____.
- Você assinou uma Isenção de Audiência Administrativa para Desqualificação em _____.
- Você foi desqualificado do Programa CalFresh em _____.

(LOCALIZAÇÃO)

Uma cópia da ação tratada acima foi enviada ou dada a você. Se a decisão da audiência do estado considerar que você tenha cometido uma violação intencional do programa, o governo estadual ou federal ainda podem processá-lo em tribunal.

PENALIDADES DE DESQUALIFICAÇÃO

As penalidades de desqualificação são de 12 meses para a primeira violação, 24 meses para a segunda, e desqualificação permanente para a terceira. Existem penalidades distintas se você violar estas regras:

- Se for considerado culpado em qualquer tribunal, por ter negociado os benefícios do CalFresh por armas de fogo, munições ou explosivos, você poderá ser desqualificado permanentemente na primeira violação.
- Se for considerado culpado por ter negociado os benefícios do CalFresh por substâncias controladas, você poderá ser desqualificado por 24 meses para a primeira violação e permanentemente na segunda.
- Se for considerado culpado por ter negociado ou vendido os benefícios do CalFresh por valores de \$ 500 ou mais, você poderá ser desqualificado permanentemente.
- Se for considerado que apresentou mais de uma solicitação ao mesmo tempo, e ter fornecido identificação ou informação da residência falsa, você poderá ser desqualificado por dez anos.

Esta é a sua _____ violação, o que significa:

- Você não receberá os benefícios do CalFresh por _____ meses, de _____ a _____.
- Você foi permanentemente desqualificado para o Programa CalFresh, a partir de _____.

Regras: Estas regras aplicam-se. Você pode analisá-las no escritório de assistência social: Seção MPP 20-300.221(c), 20-300.3, 22-003.11, 63-804.1, 63-805.1.

FIM DA DESQUALIFICAÇÃO

- Se você foi desqualificado por 12 ou 24 meses e ainda vive na mesma residência do CalFresh, você deve começar a receber o CalFresh automaticamente no mês seguinte à data final listada acima. Se isso não acontecer, você deve informar a um funcionário responsável ou devolver o formulário anexado.
- Se você mora em uma nova residência do CalFresh, deverá solicitar a inclusão da residência após a data final listada acima. Você ou o seu representante autorizado tem o direito de apresentar um pedido do CalFresh, entregando um formulário para o departamento de assistência social do estado, seja pessoalmente, por correio, fax, e-mail, ou mediante a um requerimento eletrônico on-line, em: <http://www.benefitscal.org/BenefitsPortal/landing.html>.
- Se você não mora em um domicílio que recebe o CalFresh, no final do período de desqualificação, você deverá solicitar novamente o CalFresh. Você ou o seu representante autorizado tem o direito de apresentar um pedido do CalFresh, entregando um formulário para o departamento de assistência social do estado, seja pessoalmente, por correio, fax, e-mail, ou mediante a um requerimento eletrônico on-line, em: <http://www.benefitscal.org/BenefitsPortal/landing.html>.
- Você pode devolver o formulário da página seguinte para solicitar que o seu CalFresh seja restituído.
- Se você estiver permanentemente desqualificado do programa CalFresh, você não poderá ter o seu CalFresh restituído.

AVISO AOS OUTROS MEMBROS DA SUA RESIDÊNCIA

- Por que _____ foi desqualificado do Programa CalFresh:
 - Seus benefícios do CalFresh passarão de \$ _____ para \$ _____ a partir de _____.
 - Já que foi relatada uma mudança, os seus benefícios do CalFresh serão diferentes. O Aviso de Mudança anexado mostra o valor que você irá receber.
 - Seus benefícios do CalFresh serão interrompidos, a partir de _____. Como resultado desta desqualificação, o seu rendimento é muito alto. Você poderá solicitar novamente quando o período de desqualificação terminar ou se as circunstâncias mudarem.
- O seu período de certificação terminou. Você poderá solicitar novamente a qualquer momento. Seus benefícios do CalFresh podem ser diferentes, porque _____ foi desqualificado.

COMENTÁRIOS:

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 (Vale-Refeição) 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.
- O CalFresh (Vale-Refeição) permanecerá o mesmo 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 (Vale-Refeição) 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 (Vale-Refeição) 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 impedi-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 (Vale-Refeição)

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 _____