

CONDADO DE

AVISO DE EMISSÃO EXCESSIVA APENAS PARA ERROS ADMINISTRATIVOS (EA) DO CALFRESH

Data do Aviso : _____
Nome : _____
do Processo : _____
Número : _____
Nome : _____
do Assistente : _____
Número : _____
Telefone : _____
Endereço : _____

(DESTINATÁRIO)

┌ _____ ┐
└ _____ ┘

┌ _____ ┐
└ _____ ┘

Dúvidas? Pergunte ao seu Assistente.

Audiência Estadual: Se achar que esta medida está errada, você pode solicitar uma audiência. O verso desta página explica como. Seus auxílios não podem ser alterados se você solicitar uma audiência antes desta medida ser realizada.

Advertência: Se acreditar que esta emissão excessiva está errada, esta é sua última chance de solicitar uma audiência. Se você continuar no CalFresh, o condado pode reduzir seus auxílios do CalFresh para receber a emissão excessiva, a não ser que a culpa tenha sido do condado. Se você sair do CalFresh antes da emissão excessiva ser ressarcida, o condado pode obter a quantia que você deve da sua restituição do imposto de renda conforme permitido por lei.

Auxílios do CalFresh foram emitidos em excesso a:

- a unidade familiar.
 a unidade familiar, que você patrocinou.

Por este motivo:

- Os rendimentos de trabalho não discriminados não são sujeitos à redução de 20%.

Você deverá reembolsar os auxílios extras do CalFresh.
\$ _____ em auxílios extras do CalFresh foram emitidos para o período _____.

A unidade familiar recebeu \$ _____ em auxílios do CalFresh.

A unidade familiar deveria ter recebido \$ _____ em auxílios do CalFresh. \$ _____ (auxílios extras do CalFresh) é a quantia que você recebeu menos a que deveria ter recebido.

Esta quantia foi reduzida em \$ _____ porque recebemos o reembolso de parte da quantia devida. Agora sua dívida é de \$ _____.

Veja como calculamos a quantia extra que você recebeu na planilha que acompanha este aviso.

- Veja como calculamos a quantia extra que você recebeu na planilha que acompanha este aviso.
- A cobrança será feita de todos os adultos na unidade familiar quando a emissão excessiva ocorrer.

VOCÊ DEVE:

Pagar pelos auxílios extras do CalFresh integralmente, ou assinar e devolver o formulário do Acordo de Reembolso (DFA 377.7E) incluso e pagar conforme combinado.

Regras: Aplicam-se estas regras: MPP 63-801.43, 63-801.22, 63-801.7, 63-801.4

Você pode examiná-las no seu gabinete de assistência social.

MEDIDAS DO PROGRAMA:

- Seu acordo de reembolso será baseado na sua capacidade atual de pagamento conforme determinado pelo condado. Quaisquer alterações na sua capacidade de pagamento podem alterar seus pagamentos mensais.
- Se o acordo não for assinado e devolvido dentro de 30 dias após a data deste aviso, a quantia dos benefícios do CalFresh recebidos por você será reduzida em _____ % a partir de _____.
- Se o acordo não for assinado e devolvido dentro de 30 dias após a data deste aviso, a quantia dos benefícios do CalFresh recebidos por você será reduzida em _____ % a partir de _____.
- Se o acordo não for assinado e devolvido dentro de 30 dias após a data deste aviso, a quantia dos benefícios do CalFresh recebidos por você será reduzida em _____ % a partir de _____.
- Se a indenização ficar atrasada ou a unidade familiar for processada, você pode ficar sujeito a encargos de processo ou custos judiciais adicionais.
- Se você não reembolsar a quantia devida, o condado pode tomar posse da sua restituição de imposto de renda estadual/federal e/ou pedir que o tribunal anexe seus rendimentos ou qualquer propriedade que possua.

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 _____