

CONDADO DE

AVISO DE REEMBOLSO DO CALFRESH NO CASO DE VIOLAÇÃO INTENCIONAL DO PROGRAMA (IPV) OU ALTERAÇÃO DE STATUS, DE ERRO INVOLUNTÁRIO DE RESIDÊNCIA (IHE) PARA UM IPV

Data do aviso: _____
Nome do caso: _____
Número: _____
Nome do funcionário: _____
Número: _____
Telefone: _____
Endereço: _____

(ADDRESSEE)

Dúvidas? Pergunte ao funcionário.

Audiência estadual: Você pode solicitar uma audiência sobre essa ação, **a menos que** já tenha tido uma audiência sobre a **causa** dessa emissão em excesso. Se você achar que a nova quantidade de benefícios CalFresh devida está incorreta, poderá solicitar uma audiência. O verso desta página informa como. Seus benefícios não poderão ser alterados se você solicitar uma audiência antes desta ação ocorrer.

Foram emitidos benefícios CalFresh em excesso para:

- a residência.
- a família, a quem você patrocinou.

Eis a razão:

- Você já foi informado sobre essa emissão em excesso de benefícios CalFresh e o condado talvez tenha lhe fornecido uma quantidade mensal menor de food stamps por causa disso. Foi decidido no tribunal ou em audiência pública administrativa que isso é uma IPV (violação intencional do programa), ou você assinou um Contrato de Consentimento de Desqualificação ou uma Desistência por Audiência de Desqualificação Administrativa e isso agora caracteriza uma IPV. Este aviso contém informações sobre a quantidade atual devida por você, que pode ser maior do que a quantidade que lhe foi informada anteriormente. O condado tem cobrado a emissão em excesso na proporção de 10% ou \$10 (o que for maior) de sua designação mensal. Agora, o condado pode cobrar até 20% ou \$20 (o que for maior) de sua designação mensal, de modo que a quantidade de foods stamps recebidos poderá mudar.**

- A renda auferida não declarada não se qualifica para o desconto de 20%.

Você deve reembolsar os benefícios CalFresh em excesso.

US\$ _____ em benefícios CalFresh extras foram emitidos para o período de _____.

A família recebeu \$ _____ em benefícios CalFresh.

A família deveria ter recebido \$ _____ em benefícios CalFresh. \$ _____ (benefícios CalFresh extra) é o que você recebeu menos o que deveria ter recebido.

\$ _____ em food stamps extras foram emitidos para o período _____.

- Essa quantidade foi reduzida em \$ _____ porque nós devíamos benefícios da família em meses anteriores ou porque recebemos reembolso de parte da quantidade devida.
- Essa quantidade foi aumentada em \$ _____ porque sua emissão em excesso foi recalculada, já que se tornou uma IPV.

Você agora deve \$ _____.

Regras: Essas regras são aplicáveis: MPP 63-801.43, 63-801.23. Analise-as no seu escritório de assistência social.

- Você não terá de usar os benefícios SSI que recebe para reembolsar a emissão em excesso.
- A cobrança será feita de todos da família que eram adultos quando ocorreu a emissão em excesso.

Veja como descobrimos o valor extra que você recebeu na planilha que veio junto com este aviso.

VOCÊ DEVE:

Pagar os benefícios CalFresh extra integralmente, ou preencher, assinar e devolver o formulário de Contrato de Reembolso (DFA 377.7G) anexo e pagar conforme o combinado.

AÇÕES DO PROGRAMA:

- Seu contrato de reembolso será baseado em suas condições financeiras atuais, conforme calculado pelo condado. Quaisquer alterações nas suas condições financeiras poderão modificar os pagamentos mensais.
- Se você não assinar e devolver o contrato dentro de 30 dias a contar da data deste aviso, a quantidade de benefícios CalFresh que você recebe será reduzida em _____% a partir de _____.
- Se você não fizer o reembolso, o condado poderá usar outros meios para cobrar a quantia devida, como por meio de tribunais, outros métodos de cobrança da agência e por ação de cobrança do governo federal.
- Se essa violação intencional do programa (IPV) era um erro involuntário de residência (IHE), as penalidades serão aplicáveis mesmo que você concorde em pagar o que deve.
- Se a reivindicação estiver fora de prazo ou se a família estiver sob processo, você poderá estar sujeito a despesas processuais ou custos legais adicionais.
- Se você não reembolsar a quantia devida, o condado poderá reter sua devolução de imposto de renda estadual/federal e/ou solicitar ao tribunal que confisque seus salários ou qualquer propriedade sua.

Atenção: Caso você acredite que essa emissão em excesso está incorreta, esta é sua última oportunidade para solicitar uma audiência. Se você permanecer no programa de benefícios CalFresh, o condado poderá reduzi-los para recuperar a emissão em excesso. Se você sair do programa de benefícios CalFresh antes que a emissão em excesso seja reembolsada, o condado poderá tomar seus bens ou sua devolução de imposto de renda.

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 _____