

FORMULÁRIO INICIAL PARA OBTENÇÃO DOS BENEFÍCIOS DE CALFRESH (VALE-REFEIÇÃO) , CASH AID (AUXÍLIO EM DINHEIRO) E/OU

MEDI-CAL (PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA CALIFÓRNIA)/PROGRAMAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

Caso tenha alguma deficiência ou precise de ajuda com este formulário, comunique ao Departamento de Assistência Social do Condado (Condado) e alguém irá ajudá-lo.

Se preferir falar, ler, ou escrever em algum outro idioma diferente do inglês, o Condado irá nomear alguém para ajudá-lo, sem custo.

Como posso me candidatar?

Utilize este formulário se você estiver solicitando auxílio-refeição (CalFresh), auxílio em dinheiro (Cash Aid), Programa Californiano de Oportunidades de Trabalho e Responsabilidade Direcionada a Crianças (CalWORKS) ou Assistência para Refugiados (RCA), Medi-Cal e/ou outros programas de assistência médica. Se quiser solicitar apenas o benefício CalFresh, você poderá solicitar ao Condado o formulário apenas para CalFresh. CalFresh é um programa de assistência alimentar para ajudá-lo com o custo da compra de alimentos para sua família. Se você quiser solicitar apenas assistência médica, poderá solicitar ao Condado o formulário específico para assistência médica. A assistência médica inclui: seguro Medi-Cal a baixo custo; seguro médico particular a preço acessível; ou um crédito fiscal que possa ajudá-lo a pagar os prêmios para coberturas de assistência médica.

Você também pode solicitar esses programas on-line através do site: <http://www.benefitscal.org/>.

- Preencha o formulário todo, se possível. Você irá responder as perguntas sobre elegibilidade durante a sua entrevista. O formulário de SAWS 2 PLUS contém essas perguntas, e se você quiser preencher o formulário em papel (basta solicitá-lo ao Condado). Você deve fornecer ao Condado pelo menos seu nome, endereço, e assinatura. (Pergunta 1 na página 1 do formulário) para iniciar o processo de solicitação do benefício de CalFresh. Para auxílio em dinheiro, você deve preencher as perguntas 1 a 5 nas páginas 1 e 2 do formulário, e assiná-lo para iniciar o processo de solicitação.
- Cada programa tem um símbolo (mostrado ao topo desta página), que identifica quais perguntas estão relacionadas a quais programas. Para cash aid, é o cifrão; para CalFresh, é um carrinho de compras; e para assistência médica, é uma ambulância. Por exemplo, se você não estiver solicitando cash aid, não precisa responder às perguntas marcadas apenas com um cifrão.
- Entregue o formulário ao Condado pessoalmente, por correio, fax, ou on-line.
- A contagem do prazo para resposta à sua solicitação de benefício tem início no dia em que o Condado receber o seu formulário assinado. Caso esteja em uma instituição, esse prazo inicia a partir do dia em que você sair.

O que eu faço em seguida?

- Leia sobre seus direitos e responsabilidades (páginas de Regras do Programa) antes de assinar o formulário.
- Você deverá ter uma entrevista com o Condado para discutir a sua solicitação. Caso tenha alguma deficiência, outras medidas poderão ser tomadas.
- Se você não preencher todo o formulário, poderá completá-lo durante a sua entrevista.
- Você precisará fornecer comprovantes de seus rendimentos, seus gastos, e outras circunstâncias para verificar a sua elegibilidade.

Quanto tempo irá demorar?

A sua solicitação pelo benefício CalFresh poderá levar até 30 dias para ser processada. Para Cash Aid e Medi-Cal, poderá levar até 45 dias. Solicite ao Condado informações sobre como receber seus benefícios ou assistência médica de imediato, em caso de alguma emergência.

Você poderá obter benefícios de CalFresh no prazo de 3 dias corridos se:

- O rendimento bruto mensal de sua família (rendimento antes de deduções) for menor que US\$150 e seu dinheiro em mãos ou em uma conta corrente ou poupança não for superior a US\$100; ou se
- Os custos da habitação de sua família (aluguel, hipoteca e serviços públicos) forem superiores ao seu rendimento bruto mensal e ao dinheiro em conta corrente ou poupança; ou se
- Você tiver uma família de trabalhadores agrícolas migrantes ou sazonais, com menos de US\$100 em conta corrente ou poupança, e 1) seus rendimentos cessaram, ou 2) seus rendimentos já iniciaram, mas você não espera receber mais de US\$25 nos próximos 10 dias.

Para auxílio em dinheiro, você poderá obter assistência de imediato se:

- Estiver desalojado, ou tiver recebido uma ordem de despejo, ou uma ordem para pagar o aluguel ou se mudar; ou
- Seus alimentos irão acabar dentro de três dias;
- Seus serviços públicos já foram ou serão desligados;
- Não tiver roupas ou fraldas suficientes;
- Tiver outro tipo de emergência que seja importante para a sua saúde ou segurança.

Página Informacional – Por favor, leve e guarde para seus registros.

Para ajudar o Condado a verificar se você é elegível para obter benefícios mais rapidamente, por favor, responda às perguntas 1,6 a 9, 15 e 24 do formulário SAWS 2 PLUS comprovante de identidade (se você tiver) ao Condado, juntamente com o formulário.

O Condado irá enviar uma carta para avisá-lo se a sua família foi aprovada ou rejeitada para receber os benefícios solicitados.

O que é necessário para a minha entrevista?

Para evitar atrasos, leve comprovantes dos seguintes itens para a sua entrevista. Mantenha a sua entrevista, mesmo que você não tenha o comprovante. Durante a entrevista, o Condado verificará as informações do formulário e lhe fará perguntas para verificar se você é elegível para receber os benefícios e o valor que poderá ser fornecido.

Comprovantes necessários para obter benefícios

- Identificação (Carteira de Motorista, Carteira de Identidade Estadual, Passaporte).
- As certidões de nascimento de todos que estiverem solicitando auxílio em dinheiro.
- Comprovante de residência (contrato de aluguel, ou uma fatura atual com seu endereço listado).
- Os números de Seguro Social (SSNs) de todos que estiverem solicitando assistência (veja ao lembrete abaixo sobre determinados não cidadãos).
- O dinheiro disponível no banco para todas as pessoas de sua residência (extratos bancários recentes).
- Os rendimentos de trabalho de todas as pessoas da família dos últimos 30 dias (holerites recentes, ou uma declaração de emprego de um empregador).
- Status legal de imigração **APENAS** para não cidadãos legais que estiverem solicitando benefícios (Carteira de Registro de Estrangeiro, visto).

LEMBRETE: Se você for autônomo, rendimentos e despesas ou seus arquivos fiscais.

LEMBRETE: Alguns não cidadãos determinados que estiverem solicitando status de imigração com base em violência doméstica, acusação de crime ou de tráfico, poderão não precisar desse comprovante. Eles também poderão não precisar de um Número de Segurança Social (SSN).

E se eu estiver desalojado?

Por favor, comunique imediatamente o Condado se você estiver desalojado, para que possam ajudá-lo a identificar um endereço de referência para aceitação de seu formulário e recebimento de notificações do Condado em relação ao seu caso. Para CalFresh e auxílio em dinheiro, o termo “desalojado” significa que você está:

- A. Morando em um abrigo supervisionado, uma casa transitória, ou um lugar similar.
- B. Morando na casa de outra pessoa ou família por não mais de 90 dias consecutivos.
- C. Dormindo em um local que não é destinado, ou usado normalmente para dormir (um corredor, uma rodoviária, um vestíbulo, ou locais similares).

Comprovantes necessários para obter Mais Benefícios CalFresh

- Gastos de habitação (recibos de aluguel, faturas de hipotecas, faturas de impostos sobre imóveis, documentos de seguros).
- Gastos com telefone e serviços públicos.
- Despesas médicas para qualquer pessoa em sua residência que for idosa (com 60 anos de idade ou mais), ou deficiente.
- Gastos com cuidados de crianças e adultos devidos a alguém que esteja trabalhando, procurando emprego, participando de um treinamento ou frequentando a escola, ou participando de uma atividade exigida pelo emprego.
- Assistência à criança paga por uma pessoa de sua residência.

Comprovantes adicionais necessários para a assistência Médica

- Informações sobre qualquer seguro de saúde relacionado ao emprego que estiver disponível para a sua família.
- O número da apólice de qualquer seguro de saúde atual.

Comprovantes adicionais necessários para auxílio em dinheiro

- Comprovantes de vacinações para crianças com seis anos de idade ou menos.
- Registro dos veículos de sua propriedade ou de alguém para quem você está solicitando.

Página Informacional – Por favor, leve e guarde para seus registros.

DIREITOS E RESPONSABILIDADES

Você tem a responsabilidade de:

- Fornecer ao Condado todas as informações necessárias para identificação de sua elegibilidade.
- Fornecer ao Condado comprovante das informações disponíveis, quando necessário.
- Comunicar alterações, conforme requerido. O Condado lhe fornecerá informações sobre o que, quando e como comunicar. Para obtenção de CalFresh (Programa Nutricional) e auxílio financeiro, se você não satisfizer as exigências de comunicação de sua família, seu caso pode ser encerrado e seus benefícios podem ser reduzidos ou descontinuados.
- Buscar, obter e manter um emprego, ou participar de outras atividades se o Condado determinar a necessidade no seu caso.
- Cooperar plenamente com os profissionais do condado, estado ou governo federal se seu caso for selecionado para revisão ou investigação para averiguar se a sua elegibilidade e nível de benefícios foram calculados corretamente. A falta de cooperação nessas revisões resultará na perda de seus benefícios.
- Reembolsar qualquer auxílio financeiro ou benefícios CalFresh pelos quais você não era elegível.

Você tem o direito de:

- Entregar um pedido para o benefício CalFresh, fornecendo somente o seu nome, endereço e sua assinatura.
- Dispor de um intérprete fornecido pelo Estado sem custo, em caso de necessidade.
- Ter as informações fornecidas ao Condado mantidas confidenciais, a não ser que estejam diretamente relacionadas à administração dos programas do Condado.
- Retirar sua solicitação a qualquer tempo antes do Condado determinar a elegibilidade.
- Solicitar ajuda para preenchimento de seu pedido ou auxílio para obter o comprovante necessário, e receber uma explicação das regras.
- Ser tratado com cortesia, consideração e respeito, e não ser discriminado.
- Receber benefícios CalFresh no prazo de 3 dias se você se qualificar para Serviço Expedido.
- Receber auxílio financeiro no prazo de um dia se você se qualificar para Necessidades Imediatas.
- Ser entrevistado pelo Condado dentro de um período razoável quando você se candidatar, e ter sua elegibilidade determinada no prazo de 30 dias para o benefício CalFresh, ou 45 dias para auxílio financeiro e Medi-Cal.
- Ter um prazo de pelo menos 10 dias para fornecer ao Condado o comprovante necessário para determinação de sua elegibilidade.
- Receber um aviso por escrito no prazo de pelo menos 10 dias antes do Condado diminuir ou descontinuar seus benefícios CalFresh ou de auxílio financeiro.
- Discutir seu caso com o Condado e revisá-lo quando fizer uma solicitação.
- Solicitar uma audiência estadual no prazo de 90 dias se você não concordar com a decisão do Condado quanto a seu caso. Se você solicitar uma audiência antes de acontecer qualquer ação no seu caso, seus benefícios permanecerão até a audiência ou até o fim do seu período de certificação, o que acontecer primeiro. Você pode solicitar ao Condado que permita que seus benefícios sejam alterados até depois da audiência, para evitar a necessidade de reembolsar quaisquer benefícios pagos em excesso. Se o Juiz administrativo resolver a seu favor, o Condado devolverá quaisquer benefícios que forem indisponibilizados.
- Solicitar informações sobre seus direitos de audiência ou obter referência de assistência jurídica nos números de ligação gratuita: **1.800.952.5253**; ou, para os portadores de deficiências auditivas ou de fala, que usem TTS (TDD): **1.800.952.8349**. Você poderá obter assistência jurídica gratuita em sua agência local de direitos de assistência jurídica ou previdência social.
- Trazer um amigo ou outra pessoa com você à audiência se não quiser vir sozinho.
- Obter assistência do Condado para registro de voto.
- Comunicar alterações que não lhe foram exigidas, se isso puder aumentar seus benefícios CalFresh ou auxílio financeiro.
- Fornecer comprovante dos seus gastos familiares que lhe possam ajudar a receber maiores benefícios CalFresh. O não fornecimento de comprovantes ao Condado é o mesmo que dizer que você não tem tal gasto, o que resultará no não recebimento de mais benefícios CalFresh.
- Notificar o Condado se você quiser que outra pessoa da sua família utilize seus benefícios CalFresh, ou auxilie com seu caso CalFresh (Representante Autorizado).
- Você também está concedendo à agência Medi-Cal o direito de procurar e obter assistência médica de um cônjuge ou pai. Caso considere que a cooperação para a obtenção de assistência médica pode prejudicar você ou seus filhos, você pode informar tal fato à agência Medi-Cal e poderá não ter que cooperar.

Por favor, leve e guarde para seus registros

Regras e Penalidades do Programa

Você estará cometendo um crime se fornecer informações falsas ou errôneas, ou se deixar de fornecer todas as informações deliberadamente com o objetivo de obter os benefícios CalFresh, auxílio financeiro e Medi-Cal, aos quais não é elegível, ou ajudar outra pessoa a obter benefícios que não lhe cabem. Você deverá reembolsar quaisquer benefícios que obtiver aos quais você não tenha sido elegível. Caso o faça intencionalmente, e receba mais de US\$950 em benefícios aos quais não tinha direito, você poderá ser acusado de um delito maior.

<p>Para CalFresh: Estou ciente de que se eu cometer uma violação do programa intencionalmente, por fazer qualquer dos seguintes:</p> <ul style="list-style-type: none">• ocultar informações ou fazer declarações falsas• utilizar cartões de assistência alimentar (EBT) que pertencerem à outra pessoa, ou permitir que outra pessoa utilize o meu cartão• utilizar os benefícios CalFresh para comprar álcool ou tabaco• Negociar, vender, ou doar os benefícios CalFresh ou dos cartões de EBT	<p>Eu poderei...</p> <ul style="list-style-type: none">• perder os benefícios CalFresh por 12 meses pela primeira infração, e ser obrigado a reembolsar todos os benefícios CalFresh pagos em excesso a mim• perder os benefícios CalFresh por 24 meses pela segunda infração, e ser obrigado a reembolsar todos os benefícios CalFresh pagos em excesso a mim• perder os benefícios CalFresh permanentemente pela terceira infração, e ser obrigado a reembolsar todos os benefícios CalFresh pagos em excesso a mim• ser multado em até US\$250.000, ser preso por até 20 anos, ou ambos
<ul style="list-style-type: none">• trocar benefícios CalFresh por substâncias controladas, tal como drogas• fornecer informações falsas sobre quem eu sou e sobre onde eu vivo para obter benefícios CalFresh extras• ter sido condenado por negociar ou vender benefícios CalFresh num valor de mais de US\$500 ou por trocar benefícios CalFresh por armas de fogo, munições ou explosivos	<ul style="list-style-type: none">• perder os benefícios CalFresh por 24 meses pela primeira infração• perder os benefícios CalFresh permanentemente pela segunda infração.• perder os benefícios CalFresh por 10 anos por cada infração• perder os benefícios CalFresh permanentemente
<p>Para auxílio financeiro, estou ciente de que se eu...</p> <ul style="list-style-type: none">• for condenado por uma violação do programa intencional• não obedecer às regras de auxílio financeiro• for considerado culpado por cometer certos tipos de fraude por um tribunal ou por uma audiência administrativa	<p>Eu poderei...</p> <ul style="list-style-type: none">• perder meu auxílio financeiro• ser multado em até US\$10.000 e/ou sentenciado à cadeia/prisão por 5 anos• perder o auxílio financeiro por 6 meses, 12 meses, 2 anos, 4 anos, 5 anos, ou permanentemente.

Informações Importantes para não cidadãos

- Você pode solicitar e obter benefícios CalFresh ou auxílio financeiro para as pessoas que são elegíveis, mesmo que a sua família inclua outras pessoas que não são elegíveis. Por exemplo, os pais imigrantes podem solicitar benefícios CalFresh ou auxílio financeiro para seus filhos que são cidadãos ou imigrantes qualificados, mesmo que os pais não sejam elegíveis.
- O recebimento de benefícios alimentares não afetará seu status de imigrante. As informações sobre imigração são privadas e confidenciais.
- O status de imigrante de não cidadãos que forem elegíveis e que solicitarem benefícios será verificado pelo Serviço de Nacionalidade e Imigração dos EUA (USCIS). A lei federal estabelece que o USCIS não pode usar as informações para quaisquer outros fins, exceto nos casos de fraude.

Opção de auto-exclusão

Você não é obrigado a fornecer informações de imigração, números de seguro social, ou documentos por quaisquer familiares não cidadãos que não estejam solicitando benefícios. O Condado precisará saber a renda e as fontes dos recursos para estabelecer corretamente os benefícios para sua família. O Condado não entrará em contato com o USCIS sobre as pessoas que não solicitarem benefícios.

Uso dos números de Seguro Social (SSN)

CalFresh e Auxílio financeiro: Toda pessoa que solicitar benefícios CalFresh ou auxílio financeiro precisará fornecer um SSN, se tiver, ou um comprovante de que tenha solicitado um SSN (como uma carta da agência de Segurança Social). Nós podemos negar o benefício a você ou a qualquer familiar que não nos forneça um SSN. Algumas pessoas não são obrigadas a fornecer um SSN para receber assistência, tais como vítimas de violência doméstica, testemunhas de acusações de crimes, e vítimas de tráfico.

Cobertura de Assistência médica/Medi-Cal: O seu SSN é necessário, caso você deseje cobertura de assistência médica e tenha um SSN. Fornecer seu SSN pode ser proveitoso também se você não quiser cobertura de assistência médica, uma vez que pode agilizar o processo de solicitação. Nós utilizamos os SSNs para verificar rendas e outras informações, para verificar quem é elegível à assistência com o custo de cobertura de assistência médica. Se alguém quiser assistência sobre a obtenção de um SSN, pode ligar para: 1.800.772,1213 ou acessar o site: www.socialsecurity.gov

Concessões em excesso

Isso significa que você recebeu mais benefícios do que deveria receber. Você será obrigado a reembolsá-los, ainda que o Condado tenha cometido um erro, ou mesmo que não tenha sido intencional. Seus benefícios poderão ser reduzidos ou descontinuados. Seu SSN poderá ser utilizado para coletar o valor dos benefícios devidos, através dos tribunais, outras agências de cobranças, ou ação de cobrança impetrada pelo governo federal.

Por favor, leve e guarde para seus registros

Pagamento em excesso

Isso significa que você recebeu mais auxílio financeiro do que deveria receber. Similar aos os benefícios CalFresh, você será obrigado a reembolsá-lo, ainda que o Condado tenha cometido um erro ou não tenha sido intencional. Seu auxílio financeiro poderá ser reduzido ou descontinuado. Seu SSN poderá ser usado para coletar o valor dos benefícios devidos, através dos tribunais, outras agências de cobranças, ou ação de cobrança impetrada pelo governo federal.

Comunicação

Cada família que receber benefícios deve comunicar determinadas alterações. Seu condado lhe informará sobre as mudanças a serem comunicadas, como e quando comunicá-las. A falta de comunicação das alterações poderá resultar na redução ou descontinuação dos seus benefícios. Você também poderá comunicar o acontecimento de qualquer fato que possa ampliar os seus benefícios, tal como recebimento de menos renda.

Audiências Estaduais

Você tem o direito a uma Audiência Estadual se não concordar com qualquer ação adotada em relação a sua solicitação ou seus benefícios contínuos. Você pode solicitar uma Audiência Estadual no prazo de 90 dias a partir da ação do Condado, devendo comunicar as razões pelas quais delete você deseja uma audiência. A notificação de aprovação ou de negação recebida do Condado conterá as informações sobre como solicitar uma audiência. Se você solicitar uma audiência antes de iniciada a ação, é possível que você possa reter o mesmo valor dos seus benefícios CalFresh e auxílio financeiro até a decisão ser proferida.

Lei de Privacidade e Divulgação de Informações

Você está fornecendo informações pessoais nesta solicitação. O Condado utiliza essas informações para verificar se você é elegível para os benefícios. Caso não forneça as informações, o Condado poderá negar sua solicitação. Você tem o direito de revisar, alterar, ou corrigir quaisquer informações fornecidas ao Condado. O Condado não mostrará nem fornecerá suas informações a outras pessoas a menos que você lhes dê permissão, ou se eles forem autorizados a fazê-lo pelas leis estaduais ou federais. O Condado verificará essas informações através dos Programas Informatizados, inclusive do Sistema de Verificação de Rendas e Proventos (IEVS). Essas informações serão utilizadas para monitorar o cumprimento dos regulamentos e a administração do programa. O Condado poderá compartilhar essas informações com outras agências estaduais e federais para a finalidade de deter pessoas que estejam foragidas da lei, e com agências de cobranças de demandas particulares. O Condado poderá verificar o status de imigração dos familiares que solicitarem benefícios mediante contato com o USCIS. A informação que o Condado obtiver através dessas agências poderá afetar a sua elegibilidade e o valor dos seus benefícios.

O Condado utilizará as informações de sua solicitação para verificar a sua elegibilidade para a assistência com os pagamentos de cobertura de assistência médica. O Condado verificará suas respostas através de informação dos bancos de dados estaduais e federais, e bancos de dados da Receita Federal dos EUA (IRS), a Administração de Segurança Social, o Departamento de Segurança Nacional (DHS), e/ou uma agência de informação do consumidor. Se a informação não corresponder, o Condado poderá solicitar que você envie um comprovante.

Não discriminação

A política do Estado e do Condado é de que todo cidadão seja tratado de forma igual, e com respeito e dignidade. De acordo com a lei federal e a Política do Departamento de Agricultura dos EUA (USDA), a discriminação com base na raça, cor, idade, religião, crenças políticas, ou deficiências é estritamente proibida.

Para apresentar uma denúncia de discriminação, entre em contato com seu Coordenador de Direitos Civis do Condado, ou escreva ou ligue para o USDA ou para o Departamento de Serviços Sociais de Califórnia (CDSS):

USDA, Director
Office of Civil Rights, Room 326-W
Whitten Building
1400 Independence Ave.
Washington D.C. 20250-9410
1-202-720-5964 (Voz e TDD)

CDSS
Civil Rights Bureau
P.O. BOX 944243, M.S. 8-16-70
Sacramento, CA 94244-2430
1-866-741-6241 (gratuito)

USDA é um empregador de oportunidades iguais.

Regras de Trabalho para a CalFresh

O Condado poderá inscrevê-lo em um programa de trabalho. Eles o informarão se o trabalho será voluntário ou se você deve fazer o programa de trabalho. Caso seja inscrito em uma atividade de trabalho obrigatória e não a fizer, seus benefícios poderão ser reduzidos ou descontinuados.

Você poderá não ser elegível para o benefício de CalFresh se tiver se desligado de um emprego recentemente.

Por favor, leve e guarde para seus registros

Regras de Trabalho para a CalWORKs (Programa Californiano de Oportunidades de Trabalho e Responsabilidade Direcionada à Crianças)

Se você receber auxílio financeiro, deve participar da Assistência Social ao Trabalho (WTW) a não ser que você seja isento. O Condado lhe informará se você é isento do WTW. Caso não desempenhe as atividades que lhe foram atribuídas, seu auxílio financeiro poderá ser reduzido ou descontinuado.

CalWORKs – Impressões Digitais/Foto-Imagens

Todos os familiares adultos que forem elegíveis para o auxílio financeiro terão que obter uma impressão digital/foto-imagem. Se o indivíduo a quem tenha sido solicitada a cooperação com essas regras não obtiver a impressão digital/foto-imagem, nenhum benefício será emitido à família inteira. As impressões digitais/foto-imagens são confidenciais e só podem ser utilizadas para prevenir ou levar a juízo a fraude em relação à assistência social.

Como obtenho/utilizo o meus benefícios?

CalFresh (vale-refeição) e Cash Aid (auxílio financeiro):

- O Condado lhe enviará ou fornecerá um cartão de transferência eletrônica do benefício (EBT). Os benefícios serão inseridos não cartão quando sua solicitação for aprovada. Você criará um Número de Identificação Pessoal (PIN) para sacar dinheiro de caixas eletrônicas (ATMs) ou comprar alimentos e/ou outros itens.
- Se seu cartão EBT for perdido, roubado, ou destruído, ou caso acredite que alguém não autorizado sabe o seu PIN, ligue para 877.328.9677, ou ligue para o Condado imediatamente para informar o caso ou trocar o seu PIN. Certifique-se de que todos os adultos responsáveis e seu representante autorizado também sabem como comunicar um problema desses imediatamente. Quaisquer benefícios tirados de sua conta antes de você comunicar a perda ou roubo do cartão EBT ou PIN **NÃO** serão reembolsados.
- Você poderá utilizar seus benefícios CalFresh para comprar quase todos os tipos de alimentos, bem como sementes e plantas para cultivar sua própria comida. Você NÃO poderá comprar álcool, tabaco, alimentos para animais, alguns tipos de comidas cozidas ou qualquer coisa que não seja alimento (tal como pasta de dentes, sabão, ou toalhas de papel).
- Os benefícios CalFresh são aceitos na maioria de supermercados e outros locais que vendem alimentos. O auxílio financeiro também pode ser utilizado na maioria das lojas e na maioria dos caixas eletrônicos. Alguns caixas eletrônicos poderão cobrar uma taxa. Também poderá haver uma taxa se você utilizar um caixa eletrônico para sacar dinheiro após três retiradas. Para obter uma lista de locais próximos a você que aceitam EBT, por favor, acesse: <https://www.ebt.ca.gov> ou <https://www.snapfresh.org>. Você também poderá informar-se sobre o local onde poderá sacar dinheiro sem pagar taxas.
- Os benefícios CalFresh são somente para você e sua família. Seu auxílio financeiro é somente para você e os membros de sua família que forem aprovados para obtenção do auxílio financeiro. Seu auxílio financeiro é para ajudar a atender às necessidades básicas de sua família (moradia, alimentos, roupas, etc.) Mantenha seus benefícios seguros. Não forneça seu PIN a ninguém. Não guarde seu PIN junto com seu cartão EBT.
- Qualquer uso de seu cartão EBT por você, um familiar, seu representante autorizado, ou qualquer pessoa a quem você der seu cartão EBT e PIN será considerado como aprovado por você e quaisquer benefícios retirados de sua conta **NÃO** serão reembolsados.

Medi-Cal e Assistência Médica:

- Para Medi-Cal, você receberá um Cartão de Identificação de Benefícios (BIC).
 - Assine seu BIC quando você recebê-lo e utilize-o somente para obter assistência médica necessária.
 - Nunca jogue seu BIC no lixo (a não ser que lhe seja fornecido outro BIC). Você precisa guardar seu BIC mesmo que pare de receber Medi-Cal. Você poderá utilizar o mesmo BIC se obtiver auxílio financeiro ou Medi-Cal novamente.
 - Leve o BIC ao seu médico quando você ou algum familiar estiver doente ou quando tiver uma consulta.
 - Leve o BIC com você quando for ao médico que já atendeu você ou a um familiar numa situação de emergência tão logo seja possível após tal emergência.
- Para outros programas de assistência médica, você receberá um cartão de um plano de assistência médica do seu provedor particular.

Utilize tinta negra ou azul, porque é fácil de ler e faz cópias melhores. Escreva suas respostas em letra de forma.
 Se você precisar de mais espaço para responder uma(s) pergunta(s), anexe folhas de papel adicionais para fornecer as informações.
 Certifique-se de identificar a pergunta sobre a qual você está escrevendo nas folhas de papel adicionais.

1. INFORMAÇÕES DO SOLICITANTE

NOME (PRIMEIRO NOME, NOME DO MEIO, SOBRENOME)		OUTROS NOMES (NOME DE SOLTEIRO, APELIDOS, ETC.)		NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (SE VOCÊ TIVER UM E ESTIVER SOLICITANDO BENEFÍCIOS)	
ENDEREÇO RESIDENCIAL OU DIREÇÕES PARA A SUA CASA	Nº DO APARTAMENTO #	CIDADE	CONDADO	ESTADO	CEP
ENDEREÇO DE CORREIO (SE FOR DIFERENTE DO INFORMADO ACIMA)	Nº DO APARTAMENTO #	CIDADE	CONDADO	ESTADO	CEP
Desejo receber mensagens sobre meu caso por e-mail. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Desejo receber informações sobre esta solicitação por e-mail. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
TELEFONE RESIDENCIAL		EMPREGO/ALTERNATIVO/MENSAGENS		ENDEREÇO ELETRÔNICO	
Quais são os programas que você está solicitando? <input type="checkbox"/> CalFresh (vale-refeição) <input type="checkbox"/> Cash Aid (auxílio em dinheiro) <input type="checkbox"/> Health Coverage (Cobertura de assistência médica)		Você tem alguma deficiência e precisa de ajuda para fazer a solicitação? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			

Você é um sem teto? Sim Não Se **sim**, comunique o Condado de imediato se você estiver desalojado, para que eles possam ajudá-lo a encontrar um endereço para ser usado na aceitação de seu formulário e para receber notificações do Condado sobre seu caso.

Em qual idioma você prefere ler (Se não for o inglês)? _____
 Em qual idioma você prefere falar (Se não for o inglês)? _____

O Condado indicará um intérprete para auxiliá-lo, sem custos. Caso seja surdo ou deficiente auditivo, marque aqui

<input type="checkbox"/> O rendimento bruto de sua família é inferior a US\$150, e seu dinheiro em mãos, em uma conta corrente ou poupança é inferior a US\$100?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Seus serviços públicos já foram desligados ou você recebeu uma notificação de desligamento?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> A combinação dos rendimentos brutos e dos recursos líquidos de sua família é inferior à combinação de aluguel/a hipoteca e serviços públicos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Seus alimentos irão acabar dentro de 3 dias ou menos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> A sua família é composta por migrantes/trabalhadores agrícolas sazonais com recursos que não excedem US\$100?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Você precisa de ajuda com transporte para obter alimentos, roupas, assistência médica ou outro(s) item(s) de emergência?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Você recebeu uma ordem de despejo ou uma ordem para pagar o aluguel ou se mudar?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Você precisa de roupas essenciais, tais como fraldas ou roupas necessárias para tempo frio?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Alguém está grávida? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim , ela já recebeu uma carteira de Elegibilidade Presumida (Presumptive Eligibility Card)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
<input type="checkbox"/> Alguém em sua residência está passando por uma emergência pessoal? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim , marque a caixa: <input type="checkbox"/> Gravidez <input type="checkbox"/> Necessidade médica imediata <input type="checkbox"/> Abusos contra crianças <input type="checkbox"/> Abusos domésticos <input type="checkbox"/> Abusos contra idosos <input type="checkbox"/> Outra emergência que ameaçar a saúde ou a segurança. Explique:			

Estou ciente de que, ao assinar este formulário, sob pena de perjúrio (ato de fazer declarações falsas):

- Eu li, ou alguém leu para mim as informações deste formulário, bem como as minhas respostas às perguntas neste formulário.
- Minhas respostas às perguntas são verdadeiras e completas no melhor de meu conhecimento.
- Quaisquer respostas fornecidas por mim para meu processo de solicitação serão verdadeiras e completas no melhor de meu conhecimento.
- Eu li, ou alguém leu para mim os Direitos e Responsabilidades, e atesto que entendo e concordo com todos eles (Regras do Programa, Página 1).
- Eu li, ou alguém leu para mim as Regras do Programa e as Penalidades (Regras do Programa, Páginas 2 – 4).
- Estou ciente de que o fornecimento de declarações falsas ou enganosas, ou a ocultação ou omissão de fatos para garantir a elegibilidade constitui fraude, e que eu poderei ser sujeito a penas de acordo com a lei federal, caso forneça informações falsas ou inverídicas. A fraude poderá resultar em um procedimento criminal a ser movido contra mim e/ou eu poderei ser impedido durante algum período de tempo (ou permanentemente) de obter benefícios de CalFresh e auxílio em dinheiro.
- Estou ciente de que os Números de Seguro Social ou do Status de Imigração dos membros da minha família que estiverem solicitando benefícios poderão ser compartilhados com as agências governamentais, de acordo com a lei federal.
- Autorizo a Agência Medi-Cal o direito de procurar e obter qualquer outro valor de outro seguro de saúde, conciliações judiciais, ou outros terceiros.

ASSINATURA DO SOLICITANTE, FAMILIAR CUIDADOR (OU MEMBRO DO AGREGADO FAMILIAR ADULTO/REPRESENTANTE AUTORIZADO*/GUARDA LEGAL) *Se você tiver um Representante Autorizado, complete a Pergunta 2 na página seguinte.	DATA
ASSINATURA DE CÔNJUGE, OUTRO PARENTE, OUTRO ADULTO ASSISTIDO, OU PARCEIRO(A) DOMÉSTICO(A) CADASTRADO(A)	DATA



2. REPRESENTANTE AUTORIZADO DO AGREGADO FAMILIAR

Você poderá autorizar uma pessoa que tenha mais do que 18 anos de idade para ajudar a sua família com os seus benefícios CalFresh. Essa pessoa também poderá falar em seu nome na entrevista, auxiliá-lo no preenchimento dos formulários, fazer compras, e comunicar alterações em seu nome. Você terá que reembolsar quaisquer benefícios obtidos erroneamente em virtude das informações que essa pessoa forneceu ao Condado, e quaisquer benefícios gastos por ela que não tenham sido autorizados por você, não serão reembolsados. Caso seja um Representante Autorizado, terá que fornecer comprovante de sua identidade ao Condado e de seu representante.

Você deseja nomear alguém para auxiliá-lo com a sua solicitação do benefício CalFresh? Sim Não

Se **sim**, complete a seção seguinte:

NOME DO REPRESENTANTE AUTORIZADO	NÚMERO DE TELEFONE DO REPRESENTANTE AUTORIZADO
----------------------------------	--

Você deseja nomear alguém para receber e utilizar os Benefícios CalFresh em nome da sua família? Sim Não

Se **sim**, complete a seção a seguir:

NOME	NÚMERO DE TELEFONE		
ENDEREÇO	CIDADE	ESTADO	CEP



2a. REPRESENTANTES AUTORIZADOS DE SEGUROS DE SAÚDE

Você poderá conceder permissão a uma pessoa de confiança para que ela fale sobre a sua solicitação de seguros médicos, confira suas informações, e aja em seu nome nos itens desta parte de seu formulário. Você deseja indicar um representante autorizado para a parte de seguros médicos em seu formulário? Sim Não Se **sim**, preencha as informações no Apêndice C (no formulário SAWS 2 PLUS).



3. Você ou algum membro de sua família é nativo-americano ou nativo do Alasca? Sim Não Se **sim**, e se ele(s) estiver(em) solicitando assistência médica, vá para o Apêndice B (no formulário SAWS 2 PLUS) para perguntas adicionais.



RAÇA/ETNIA



As informações sobre raça e etnia são opcionais. São solicitadas para assegurar que os benefícios sejam fornecidos independente de raça, cor, ou origem nacional. Suas respostas não influirão na sua elegibilidade nem no valor dos benefícios. Marque todas que se aplicam a você. A lei estabelece que o Condado deve cadastrar seu grupo étnico e a sua raça.



Marque esta caixa se você não quiser fornecer informações sobre sua raça e etnia ao Condado. Se você não o fizer, o Condado cadastrará essa informação apenas para estatísticas de direitos civis.

ETNIA	VOCÊ É DE ORIGEM HISPÂNICA, LATINA, OU ESPANHOLA? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	SE VOCÊ FOR DE ORIGEM HISPÂNICA, LATINA, OU ESPANHOLA, VOCÊ SE CONSIDERA: <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Portoriquenho <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Outro _____
-------	--	--



RAÇA/ORIGEM ÉTNICA



Caucasiano Nativo-americano ou Nativo do Alasca Preto ou Afro-Americano Outro ou Mestiço _____



Asiático (se for marcado, selecione um ou mais dos seguintes):

Filipino Chinês Japonês Cambojano Coreano Vietnamita Indígena asiático Laotiano

Outro país asiático (especifique) _____

Nativo do Havaí ou de Outras Ilhas do Pacífico (Se for marcado, selecione um ou mais dos seguintes): Nativo do Havaí

Nativo do Guam ou Chamorro Samoano



4. PREFERÊNCIAS DE ENTREVISTA

Você deverá ter uma entrevista com o Condado para discutir sua solicitação e obter benefícios CalFresh ou auxílio em dinheiro. As entrevistas normalmente são feitas por telefone, a não ser que você possa ser entrevistado no momento que que entregar o seu formulário pessoalmente ao Condado, ou se preferir uma entrevista presencial. Caso esteja solicitando CalWORKS e CalFresh, sua entrevista para o CalFresh será feita ao mesmo tempo em que a sua entrevista para o CalWORKS, durante as horas úteis normais.

Marque nesta caixa se você preferir uma entrevista presencial para obter o benefício CalFresh.

Marque esta caixa se você preferir outros arranjos devido a alguma deficiência.



5. OUTROS PROGRAMAS



Alguém da sua família já recebeu assistência pública? (Assistência Temporária para Famílias Carentes, [TANF], TANF Tribal, Medicaid, Programa de Assistência Suplementar de Alimentos [food stamps], Assistência Geral/Socorro Geral, etc.)?



Sim Não

SE SIM , QUEM RECEBEU?	ONDE (CONDADO/ESTADO)?
SE SIM , QUEM RECEBEU?	ONDE (CONDADO/ESTADO)?