

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

**AVISO DE APROVAÇÃO DOS
BENEFÍCIOS DO CÁLFRESH**

CONDADO DE _____

Data de aviso: _____

Nome do caso: _____

Número do caso: _____

Nome do assistente social: _____

Número do assistente social: _____

Número de telefone: _____

Endereço: _____

(ADDRESSEE)

[]
[]

Alguma pergunta? Pergunte ao seu assistente social.

Audiência estadual: Se você acredita que esta medida é um equívoco, solicite uma audiência. Leia no verso como fazer essa solicitação. Os seus benefícios não serão alterados se você solicitar uma audiência antes de esta medida ser tomada.

A SUA SOLICITAÇÃO PARA RECEBER BENEFÍCIOS DO CALFRESH FOI APROVADA.

A quantia inicial dos seus benefícios é: \$ _____ durante _____.

A quantia dos seus benefícios durante o restante do período de certificação será de \$ _____ entre _____ e _____.

SE VOCÊ TAMBÉM SOLICITOU ASSISTÊNCIA EM DINHEIRO, mas ainda não foi aprovado, os seus benefícios do CalFresh poderão diminuir ou ser interrompidos sem aviso prévio quando da aprovação da assistência em dinheiro.

- A sua qualificação para o CalFresh terá início no mesmo dia da assistência em dinheiro.
- Os seus benefícios no primeiro mês incluem mais do que um mês de benefício por causa da data em que a sua solicitação foi aprovada.
- Os seus benefícios no primeiro mês foram calculados proporcionalmente a partir da data em que você enviou a sua solicitação.

PORQUE VOCÊ RECEBEU BENEFÍCIOS DO CALFRESH IMEDIATAMENTE, não exigimos que você nos apresentasse a seguinte verificação:

Você precisa nos apresentar essa verificação antes de _____ ou a sua qualificação para o CalFresh poderá ser interrompida. Você não receberá outro aviso sobre o assunto. Se a verificação que você enviou mudar a sua qualificação ou os seus benefícios, faremos tal modificação. Você não receberá um aviso prévio antes de tal medida ser tomada.

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

O seu domicílio que recebe benefícios CalFresh poderá se qualificar ao pagamento de Subsídios de Assistência com Serviços Públicos Estaduais (SUAS — State Utility Assistance Subsidy). Se você se qualificar, o condado efetuará um pagamento em dinheiro de US\$ 20,01 pelos SUAS. Esse pagamento é efetuado uma vez por ano e, caso você se qualifique, ele será adicionado à sua conta de EBT em dinheiro. Se você não tem uma conta de EBT em dinheiro, poderemos criar uma para você no seu cartão de EBT do CalFresh. Você não precisará pagar nada para receber um cartão novo, mas poderá usá-lo para cobrir despesas não incluídas no programa CalFresh. Esse pagamento permite que o condado abata a maior quantia dos serviços públicos (Subsídio Padrão para Serviços Públicos, ou SUA — Standard Utility Allowance) dos seus benefícios alimentares. Você poderá usar esses US\$ 20,01 ao utilizar o seu cartão EBT. Para obter mais informações, entre em contato com o escritório local do seu condado.

Regras: As seguintes regras entram em vigor:
Você poderá consultá-las no escritório de assistência social.

SEUS DIREITOS À AUDIÊNCIA

Você tem o direito de solicitar uma audiência se discordar de quaisquer medidas tomadas pelo condado. Você tem apenas 90 dias para solicitar uma audiência. O período de 90 dias tem início no dia após a data em que o condado lhe entregar ou enviar este aviso por correio. Se tiver uma boa justificativa pela qual não foi possível solicitar uma audiência dentro de 90 dias, ainda poderá solicitar uma audiência. Se você tiver uma boa justificativa, uma audiência ainda poderá ser marcada.

Se solicitar uma audiência antes de uma medida ser tomada a respeito do Cash Aid, Medi-Cal, CalFresh ou Child Care:

- Os seus benefícios do Cash Aid ou Medi-Cal permanecerão os mesmos enquanto aguarda a audiência.
- Os seus benefícios do Child Care Services permanecerão os mesmos enquanto aguarda a audiência.
- Os seus benefícios CalFresh permanecerão os mesmos até a audiência ou até o fim do período de certificação, o que vier antes.

Se o veredito da audiência indicar que nós temos razão, você nos deverá pelos pagamentos a mais que recebeu pelo Cash Aid, CalFresh ou Child Care Services. Verifique abaixo como pode nos autorizar a abater ou interromper os seus benefícios antes da audiência:

Sim, pode abater ou interromper: Cash Aid CalFresh Child Care

Enquanto aguarda a decisão da audiência sobre:

Assistência social para trabalhar

Você não precisa participar das atividades.

Você poderá receber pagamentos para cuidados infantis (Child Care) para trabalhar e participar das atividades aprovadas pelo condado antes deste aviso.

Se já avisamos que os demais pagamentos por serviços de apoio serão interrompidos, você não receberá mais pagamentos, mesmo que compareça à atividade.

Se já avisamos que pagaremos por outros serviços de apoio, eles serão pagos na quantia e da maneira indicadas naquele aviso.

- Para receber esses serviços de apoio, participe da atividade relacionada que o condado mandou.
- Se a quantia dos serviços de apoio paga pelo condado enquanto aguarda a decisão da audiência não for suficiente para que participe da atividade, você pode interromper a participação na atividade.

Cal-Learn:

- Você não pode participar do Programa Cal-Learn se dissermos que não podemos atendê-lo.
- Pagaremos apenas pelos serviços de apoio do Cal-Learn de acordo com as atividades aprovadas.

OUTRAS INFORMAÇÕES

Participantes do plano de assistência médica administrada do Medi-Cal: A medida indicada no presente aviso poderá impedi-lo de ter acesso a assistência médica administrada. Se tiver alguma pergunta, entre em contato com o serviço de adesão ao plano de saúde.

Assistência infantil e/ou médica: A agência local de assistência infantil o ajudará a receber apoio sem gastos, mesmo que não esteja recebendo assistência em dinheiro. Se prestarem apoio para você, farão isso a menos que você escreva para eles e solicite o interrompimento do apoio. Enviarão o dinheiro de assistência coletado atualmente, mas reterão a quantia atrasada e devida ao condado.

Planejamento familiar: O seu escritório de assistência social lhe dará as informações que solicitar.

Arquivo da audiência: Se solicitar uma audiência, a Divisão Estadual de Audiências vai criar um arquivo para o seu caso. Você tem o direito de consultar esse arquivo antes da audiência e obter uma cópia, por escrito, da posição do condado sobre o seu caso pelo menos dois dias antes da audiência. **(W&I Code Sections 10850 and 10950.)**

COMO SOLICITAR UMA AUDIÊNCIA:

- **Preencha esta página.**
- **Faça uma cópia da frente e do verso desta página e mantenha em arquivo. Mediante solicitação, o seu assistente social poderá obter uma cópia desta página.**
- **Envie ou entregue esta página para:**

OU

- **Ligue para o telefone gratuito 1-800-952-5253** ou, se tiver deficiência auditiva ou da fala e usar o sistema TDD, ligue para 1-800-952-8349.

Para solicitar ajuda: Pergunte sobre os seus direitos à audiência ou solicite recomendações para assistência jurídica pelos números de telefone estaduais gratuitos listados acima. Você pode receber assistência jurídica gratuita no escritório local de assistência jurídica ou de direitos ao bem-estar.

Se não quiser ir a uma audiência sozinho, poderá trazer um amigo ou outra pessoa.

SOLICITAÇÃO DE AUDIÊNCIA

Gostaria de ter uma audiência por causa de uma medida do Departamento de Assistência Social (Welfare Department) do Condado de _____

a respeito de: Cash Aid CalFresh Medi-Cal
 Outro (explique) _____

Por quê: _____

- Se precisar de mais espaço, marque aqui e adicione outra página.**
- Preciso que o estado me forneça um intérprete sem custos adicionais para mim. (Um parente ou amigo NÃO poderá servir de intérprete durante a audiência.)

Meu idioma ou dialeto é: _____

Nome da pessoa cujos benefícios foram negados, alterados ou interrompidos		Data de nascimento	Telefone
Endereço	Cidade	Estado	Código postal
Assinatura			Data
Nome da pessoa que preencheu o formulário			Telefone

- Quero que o indivíduo identificado abaixo me represente nesta audiência. Autorizo este indivíduo a consultar os meus registros ou ir à audiência por mim. (Essa pessoa pode ser um amigo ou parente, mas NÃO pode servir de intérprete.)**

Nome		Telefone	
Endereço	Cidade	Estado	Código postal