

NOTIFICAÇÃO DE APROVAÇÃO PARA BENEFÍCIOS DO CALFRESH

MUNICÍPIO DE _____

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Data da notificação : _____
Caso : _____
Nome : _____
Número : _____
Funcionário : _____
Nome : _____
Número : _____
Telefone : _____
Endereço : _____

(ADDRESSEE)

┌
└

┌
└

Dúvidas? Pergunte ao Funcionário.

Audiência Estadual: se você achar que esta ação é indevida, poderá solicitar uma audiência. O verso desta página explica como fazer isso. Seus benefícios não poderão ser alterados se você solicitar uma audiência antes que essa ação ocorra.

SUA INSCRIÇÃO PARA BENEFÍCIOS DO CALFRESH FOI APROVADA.

O seu valor inicial de benefícios é: \$ _____ para _____. O valor do seu benefício para o resto do seu período de certificação será de \$ _____ de _____ até _____.

SE VOCÊ TAMBÉM TIVER SE INSCRITO PARA O AUXÍLIO MONETÁRIO Cash aid, e ainda não tiver sido aprovado, os seus benefícios do CalFresh poderão ser reduzidos ou interrompidos sem outra notificação se o seu auxílio monetário cash aid for aprovado.

- A sua elegibilidade para o CalFresh começa no mesmo dia que o seu auxílio monetário cash aid.
- Os benefícios do primeiro mês incluem mais de um mês de benefícios devido à data em que seu pedido foi aprovado.
- Os benefícios do primeiro mês foram rateados a partir da data em que você registrou sua inscrição.

COMO VOCÊ RECEBEU OS SEUS BENEFÍCIOS DO CALFRESH IMEDIATAMENTE, não é necessário que você nos forneça a seguinte verificação:

Você deve nos fornecer essa verificação antes de _____ ou a sua elegibilidade para o CalFresh será interrompida. Você não receberá outra notificação. Se a verificação que você enviar mudar a sua elegibilidade ou os benefícios, vamos fazer a mudança. Você **não** receberá uma notificação prévia antes de tomarmos essa medida.

O seu lar do CalFresh pode ser elegível para um pagamento de Subsídio Padrão de Serviços Públicos (SUAS, State Utility Assistance Subsidy). Se elegível, o município premiará você com um pagamento de \$20.01 SUAS. Este é um pagamento único por ano e, se elegível, ele será colocado em sua conta EBT monetária. Se você não possui uma conta EBT monetária, será criada uma conta para você no seu cartão EBT do CalFresh. Você não terá que fazer nada para obter um novo cartão, mas poderá usá-lo para cobrir as despesas que, de outra forma, não são cobertas pelo CalFresh. Esse pagamento permite que o município use a mais alta dedução de serviços públicos (Standard Utility Allowance-SUA) para benefícios alimentícios. Você pode usar esses US\$ 20,01 quando usar o seu cartão EBT. Se você quiser saber mais, entre em contato com o escritório local do município.

Regras: Essas regras se aplicam:
Você pode revisá-las em seu escritório de assistência social.

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 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.
- Os benefícios de CalFresh permanecerão os mesmos 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 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 Child Care (creche)

Enquanto aguarda pela decisão da audiência referente à(o):
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 impedir-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

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