

**AVISO DE  
DESQUALIFICAÇÃO ADMINISTRATIVA**

Data da notificação : \_\_\_\_\_  
 Caso  
 Nome : \_\_\_\_\_  
 Número : \_\_\_\_\_  
 Funcionário  
 Nome : \_\_\_\_\_  
 Número : \_\_\_\_\_  
 Telefone : \_\_\_\_\_  
 Endereço : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

(ADDRESSEE)

┌ \_\_\_\_\_ ┐  
 │ \_\_\_\_\_ │  
 │ \_\_\_\_\_ │  
 └ \_\_\_\_\_ ┘

**AÇÃO DE DESQUALIFICAÇÃO**

A seguinte ação desqualificou-o do Programa CalFresh:

- Uma decisão da audiência estadual constatou que você cometeu uma violação intencional do programa.
- Uma decisão da corte constatou que você cometeu uma violação intencional do programa.
- Você assinou um Acordo de Consentimento de Desqualificação em \_\_\_\_\_.
- Você assinou uma Dispensa de Audição de Desqualificação Administrativa em \_\_\_\_\_.
- Você foi desqualificado do Programa CalFresh em \_\_\_\_\_.
- (LOCALIZAÇÃO)

Uma cópia da ação acima foi enviada ou fornecida a você. Se uma decisão de audiência estadual constatou que você cometeu uma violação intencional do programa, o governo estadual ou federal ainda pode processá-lo judicialmente.

**PENALIDADE DE DESQUALIFICAÇÃO:**

As penalidades de desqualificação duram 12 meses para a primeira violação, 24 meses para a segunda violação e a desqualificação é permanente para a terceira violação. Há penalidades separadas se as regras forem quebradas:

- Se for constatado que você é culpado em qualquer tribunal judicial por ter negociado os benefícios do CalFresh por armas de fogo, munição ou explosivos, você pode ser desqualificado permanentemente na primeira violação.
- Se for constatado que você é culpado por ter negociado os benefícios do CalFresh por substâncias controladas, você pode ser desqualificado por 24 meses na primeira violação e permanentemente na segunda violação.
- Se for constatado que você é culpado por ter negociado ou vendido os benefícios do CalFresh no valor de \$500 ou mais, você poderá ser desqualificado permanentemente.
- Se for constatado que você preencheu mais de uma solicitação ao mesmo tempo e forneceu informações falsas de identidade ou residência, você poderá ser desqualificado por dez anos.

Esta é a sua \_\_\_\_\_ violação, o que significa que:

- Não é possível obter os benefícios do CalFresh por \_\_\_\_\_ meses, de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_.
- Você foi desqualificado permanentemente do Programa CalFresh, em vigor a partir de \_\_\_\_\_.

**Regras:** essas regras se aplicam. Você pode consultá-las em seu escritório de assistência social: MPP Seções 20-300.221(c), 20-300.3, 22-003.11, 63-804.1, 63-805.1.

**Dúvidas? Pergunte ao funcionário.**

**Audiência estadual: Não é possível entrar com recurso contra a ação de desqualificação em uma audiência estadual. Se achar que a quantia de benefícios do CalFresh para os outros membros da sua residência está errada, é possível solicite uma audiência. O verso dessa página explica como fazer isso. É mais provável que a quantia não se alterará a não ser que a decisão da audiência altere-a.**

**FINAL DA DESQUALIFICAÇÃO**

- Se você foi desqualificado por 12 ou 24 meses e ainda morar na mesma residência do CalFresh, você deve começar a receber o CalFresh automaticamente no mês após a data final listada acima. Se isso não acontecer, você deve ligar para o seu funcionário e devolver o formulário em anexo.
- Se morar em uma nova residência do CalFresh, você deverá solicitar a adesão da residência após a data final listada acima. Você ou o seu representante autorizado tem o direito de registrar uma solicitação do CalFresh entregando o formulário ao departamento de assistência social do condado pessoalmente, por correio, fax, e-mail, por uma transmissão eletrônica ou por um formulário eletrônico online em: <http://www.benefitscal.org/BenefitsPortal/landing.html>.
- Se você não morar em uma residência que recebe o CalFresh, ao final do período de desqualificação, você deverá solicitar novamente o CalFresh. Você ou o seu representante autorizado tem o direito de registrar uma solicitação do CalFresh entregando o formulário ao departamento de assistência social do condado pessoalmente, por correio, fax, e-mail, por uma transmissão eletrônica ou por um formulário eletrônico online em: <http://www.benefitscal.org/BenefitsPortal/landing.html>.
- Você pode devolver o formulário na próxima página para solicitar que o seu CalFresh seja restituído.
- Se você foi desqualificado permanentemente do programa CalFresh, não é possível ter o CalFresh restituído.

**AVISO A OUTROS MEMBROS DA SUA RESIDÊNCIA**

- Como \_\_\_\_\_ foi desqualificado do programa CalFresh:
- Seus benefícios CalFresh se alterarão de \$ \_\_\_\_\_ para \$ \_\_\_\_\_ em vigor a partir de \_\_\_\_\_.
- Mas como você relatou uma alteração, seus benefícios CalFresh serão diferentes. O Aviso de Alteração em anexo mostra a quantia que você receberá.
- Seus benefícios do CalFresh serão interrompidos a partir de \_\_\_\_\_. Como resultado dessa desqualificação, sua renda é muito alta. Você pode entrar com uma nova solicitação quando o período de desqualificação terminar ou se as circunstâncias se alterarem.
- O seu período de certificação terminou. Você pode entrar com uma nova solicitação a qualquer momento. Os seus benefícios do CalFresh podem ser diferentes, pois \_\_\_\_\_ foi desqualificado.

**COMENTÁRIOS:**

## 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