

# REQUERIMENTO PARA DESASTRE CALFRESH

Período de benefício por desastre: \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

## USO DO MUNICÍPIO APENAS

CASE NUMBER

WORKER

DATE RECEIVED

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES – LEIA COM CUIDADO

#### SEUS DIREITOS COMO CANDIDATO OU DESTINATÁRIO:

- Ser tratado sem distinção de raça, cor, nacionalidade, religião, filiação política, sexo, deficiência ou idade, e apresentar uma queixa se você sentir que foi discriminado.
- Receber os benefícios CalFresh por Desastre dentro de um a três dias úteis a partir da data de protocolação do requerimento, se você for elegível.
- Falar sobre qualquer ação a respeito de seu caso com o Departamento de Assistência Social do Município e solicitar uma audiência estadual no prazo de 90 dias após a aprovação ou negação do requerimento.
- Ter uma revisão imediata por um supervisor, se o seu requerimento for negado.
- Registrar uma reclamação ou solicitar uma audiência estadual por escrito ao Departamento de Assistência Social do seu Município ou pelo telefone gratuito 1-800-952-5253. O número gratuito para deficientes auditivos (TDD) é 1-800-952-8349.
- Representar a si mesmo em uma audiência estadual ou ser representado por um membro da família, amigo, advogado ou qualquer outra pessoa.
- Solicitar que um outro membro de sua família, ou outro adulto que você conhece, preencha este requerimento. Se ele for preenchido por um adulto que não seja um membro da sua família, anexe a aprovação por escrito assinada pelo chefe da família ou outro membro adulto da família.

#### SUAS RESPONSABILIDADES COMO CANDIDATO OU DESTINATÁRIO:

- Responder às perguntas com sinceridade e completamente, da melhor forma que puder. Se você se recusar a fornecer qualquer informação necessária, você não receberá os benefícios CalFresh por Desastre.
- Em sua entrevista, você deve confirmar a identidade do chefe da família, a identidade da pessoa que preencheu o requerimento e, se possível, comprovar a residência da família e/ou endereço de trabalho no momento do desastre.
- Você deve cooperar com os funcionários municipais, estaduais e federais se você for selecionado para uma avaliação após o período de desastre.

- Você pode autorizar alguém a receber ou usar seus benefícios Desastre CalFresh. Se desejar autorizar alguém, preencha as informações abaixo:

NOME DO REPRESENTANTE AUTORIZADO

NÚMERO DE TELEFONE

ENDEREÇO, INCLUINDO CIDADE E CÓDIGO POSTAL

RECEBER APENAS O CARTÃO EBT

RECEBER O CARTÃO EBT PARA  
ADQUIRIR ALIMENTOS PARA A FAMÍLIA

#### AVISO DE PENALIDADE!!

SE A SUA FAMÍLIA RECEBE BENEFÍCIOS DESASTRE CALFRESH, VOCÊ DEVE SEGUIR AS REGRAS LISTADAS ABAIXO. DEIXAR DE RELATAR INFORMAÇÕES OU DETURPAR FATOS PODE RESULTAR EM PROCESSO JUDICIAL COM APLICAÇÃO DE SANÇÕES DE MULTA, PRISÃO OU AMBOS. AS PENALIDADES PODEM RESULTAR EM DESQUALIFICAÇÃO DO PROGRAMA, MULTAS DE ATÉ US\$ 250.000 OU ATÉ 20 ANOS DE PRISÃO. AS PENALIDADES DE DESQUALIFICAÇÃO DURAM 12 MESES NA PRIMEIRA VIOLAÇÃO, 24 MESES NA SEGUNDA VIOLAÇÃO E DESQUALIFICAÇÃO PERMANENTE NA TERCEIRA VIOLAÇÃO.

- Não forneça informações falsas nem retenha informações para obter os benefícios Desastre CalFresh.
- Não troque ou venda os seus benefícios Desastre CalFresh ou qualquer outro dispositivo de emissão.
- Não altere seu cartão EBT ou qualquer outro dispositivo de emissão para obter benefícios Desastre CalFresh aos quais você não tem direito.
- Não use os benefícios Desastre CalFresh para comprar itens ineligíveis, como bebidas alcoólicas e tabaco.
- Não use o cartão EBT de outra pessoa ou qualquer outro dispositivo de emissão para sua família.

**INSTRUÇÕES:** Preencha as perguntas deste formulário de acordo com as suas circunstâncias esperadas durante o período de benefício por desastre mostrado acima.

NOME (CHEFE DA FAMÍLIA)

ENDEREÇO PERMANENTE NO MOMENTO DO DESASTRE

NÚMERO DE TELEFONE

ENDEREÇO TEMPORÁRIO

NÚMERO DE TELEFONE

ENDEREÇO DE CORRESPONDÊNCIA

NÚMERO DE TELEFONE

ENDEREÇO DO TRABALHO NO MOMENTO DO DESASTRE

NÚMERO DE TELEFONE

#### PARTE A – SITUAÇÃO FAMILIAR. (Marque Sim ou Não para cada pergunta)

- Alguém da sua família estava morando  trabalhando  ou ambos  (marque a opção adequada) na área do desastre no momento do desastre?
- Você não está apto a receber a renda ou os recursos da sua família?  SIM  NÃO
- Sua renda ou recursos em dinheiro diminuíram, atrasaram ou foram interrompidos por causa do desastre?  SIM  NÃO
- Você comprará alimentos e preparará refeições durante o período de benefício por desastre?  SIM  NÃO
- Alguém da sua família é funcionário da \_\_\_\_\_?  SIM  NÃO  
NOME DA AGÊNCIA CALFRESH DO MUNICÍPIO/ESTADO

#### USO DO MUNICÍPIO APENAS

Disaster Application  
Can the identify of the authorized representative be verified?  
 YES  NO  
Type of verification:

Can the head of household's identity be verified?  
 YES  NO  
Type of verification:

Is permanent residence in disaster area?  
 YES  NO  
Type of verification:

Is work address in the disaster area?  
 YES  NO  
Type of verification:

Can the household's residence be verified?  
 YES  NO  
Type of verification

**PARTE B – MEMBROS DA FAMÍLIA**

5. Liste os nomes das pessoas que estão solicitando os benefícios CalFresh por Desastre. Inclua apenas as pessoas que **estavam morando com você no momento do desastre**. Se estiver morando temporariamente com outra família por causa do desastre, **não liste os membros dessa família**. \*Mencionar o número de seu Seguro Social (SSN) é opcional. Ele será usado apenas para fins de identificação.

NOME (CHEFE DA FAMÍLIA) (HH)		SSN*	DATA DE NASCIMENTO
a.			
NOME	RELAÇÃO COM O HH	SSN*	DATA DE NASCIMENTO
b.			
NOME	RELAÇÃO COM O HH	SSN*	DATA DE NASCIMENTO
c.			
NOME	RELAÇÃO COM O HH	SSN*	DATA DE NASCIMENTO
d.			
NOME	RELAÇÃO COM O HH	SSN*	DATA DE NASCIMENTO
e.			
NOME	RELAÇÃO COM O HH	SSN*	DATA DE NASCIMENTO
f.			
NOME	RELAÇÃO COM O HH	SSN*	DATA DE NASCIMENTO
g.			

**PARTE C – RENDA/RECURSOS/DESPESAS**

6. a. Qual é o montante total de salários ou outros rendimentos que todas as pessoas listadas acima receberam ou receberão durante o período de benefício por desastre? \$ \_\_\_\_\_  
 b. Liste todas as suas fontes de rendimentos:

7. Liste todos os recursos em dinheiro que as pessoas listadas acima poderão receber durante o período do benefício por desastre. Não inclua os valores mencionados no item 6.

Dinheiro em mãos	Poupança	Conta corrente	Outros
\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

8. Insira o montante das despesas por perdas ou danos relacionados ao desastre que você pagou ou espera pagar durante o período de desastre. Não liste montantes que serão pagos por alguém que não está listado acima ou que serão reembolsados durante o período de desastre. As despesas elegíveis podem incluir:

- a. Despesas para reparar danos à casa da família ou outra propriedade essencial ao emprego ou autoemprego de um membro da família. \$ \_\_\_\_\_
- b. Despesas com abrigo temporário se a casa for inabitável ou se a família não puder chegar a ela; \$ \_\_\_\_\_
- c. Despesas com mudanças da área que foi evacuada por causa do desastre; \$ \_\_\_\_\_
- d. Despesas relacionadas à proteção de uma casa ou empresa contra danos causados pelo desastre; \$ \_\_\_\_\_
- e. Despesas médicas por ferimentos pessoais. \$ \_\_\_\_\_
- f. Despesas funerárias relacionadas ao desastre. \$ \_\_\_\_\_
- g. Taxas de embarque de animais relacionadas ao desastre. \$ \_\_\_\_\_
- h. Despesas relacionadas à substituição de itens pessoais e familiares, como roupas, aparelhos domésticos, ferramentas e materiais de educação. \$ \_\_\_\_\_
- i. Combustível para fonte principal de aquecimento. \$ \_\_\_\_\_
- j. Despesa com itens de limpeza. \$ \_\_\_\_\_
- k. Despesas com veículo danificado pelo desastre. \$ \_\_\_\_\_
- l. Despesas de armazenamento. \$ \_\_\_\_\_

9. a. Alguém listado acima está recebendo os benefícios CalFresh?  SIM  NÃO  
 Se Sim, quem? \_\_\_\_\_ Município \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Montante mensal \$ \_\_\_\_\_  
 b. Eles solicitaram ou receberam benefícios CalFresh de substituição este mês?  SIM  NÃO  
 Se sim, quanto receberam ou receberão? \_\_\_\_\_

**SUA CERTIFICAÇÃO**

Certifico que entendo as perguntas sobre o requerimento e que minha família está precisando dos benefícios Desastre CalFresh. Eu li o Aviso de Penalidade acima (ou alguém leu para mim). Autorizo a divulgação de todas as informações necessárias para determinar a exatidão da minha elegibilidade. Se eu for selecionado, vou cooperar plenamente com os funcionários municipais, estaduais e federais em uma análise a ser realizada após o período do benefício por desastre. Eu também entendo que posso ser obrigado a reembolsar quaisquer benefícios pagos em excesso se eu, outro membro adulto da família ou o representante autorizado relatar informações incorretas ou incompletas.

Declaro, sob pena de perjúrio segundo as leis dos Estados Unidos da América e do Estado da Califórnia, que as informações contidas no meu requerimento são verdadeiras, corretas e completas.

ASSINATURA (MEMBRO ADULTO DA FAMÍLIA OU REPRESENTANTE AUTORIZADO)

DATA

TESTEMUNHA, SE VOCÊ ASSINOU COM "X"

DATA

**USO DO MUNICÍPIO APENAS**

Household size for the number of persons listed in 5 \_\_\_\_\_

Computation

A. Anticipated Income (from 6) \$ _____	
B. Accessible Cash Resources (from 7) \$ _____	+
C. Total disaster period income (A+B) \$ _____	=
D. Total allowable disaster-related expenses (from 8) \$ _____	-
E. Accessible disaster period income (C-D) \$ _____	=
F. Maximum Disaster Income Limit for household size (from Table) \$ _____	

If E is equal to or less than F, the household is eligible.  
 Eligible:  YES  NO  
 Allotment

1. Disaster Allotment (from Table) \$ _____	
2. Regular Allotment Already Received \$ _____	-
3. Net Disaster Allotment (1-2) \$ _____	=

EBT Card Number issued

# \_\_\_\_\_

YES  NO

WORKER'S SIGNATURE DATE

SUPERVISOR'S SIGNATURE DATE