

AVISO DO CALFRESH SOBRE VENCIMENTO DA CERTIFICAÇÃO PARA DOMICÍLIOS SOMENTE COM INDIVÍDUOS IDOSOS E/OU COM DEFICIÊNCIA

CONDADO DE _____

Data de aviso : _____
 Nome do caso : _____
 Número do caso : _____
 Nome do assistente social : _____
 Número do assistente social : _____
 Número de telefone : _____
 Endereço : _____

(Addressee)

Precisa de ajuda ou tem alguma pergunta? Pergunte ao seu

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

AVISO ESPECIAL

Havíamos dito que não era necessário fazer uma entrevista para nova certificação. Com base nas mudanças que você informou ao condado, **agora será necessário** fazer uma entrevista para nova certificação.

- O período de certificação CalFresh vai terminar em _____.
(MM/DD/AAAA)
- Uma entrevista é necessária. As entrevistas são feitas por telefone, a menos que você prefira fazê-la pessoalmente. Se precisar de assistência por causa de uma necessidade especial, avise o seu condado imediatamente.

PRÓXIMOS PASSOS

- Preencha a solicitação integralmente e envie ao condado até o primeiro dia do último mês do período de certificação: _____.
(MM/DD/AAAA)
Solicitações atrasadas podem causar atraso na entrega dos benefícios.
- Você receberá uma carta separada com a data e o horário da entrevista. Ligue para o seu assistente social imediatamente se não receber a carta com a data e o horário dentro de 10 dias após receber este aviso.
- Se você não puder comparecer à entrevista, a responsabilidade de agendar outro dia é toda sua.
- Se estiver nos informando sobre mudanças, tais como renda e despesas, **inclua provas** na sua solicitação. As provas dessas mudanças devem ser entregues até o fim do período de certificação. Se precisar de assistência para obter tais informações, avise o seu condado imediatamente.

REGRAS IMPORTANTES

- O condado indicará quando é necessário enviar um relatório novamente. Nessa oportunidade, você precisa preencher um relatório, cujo formulário será fornecido pelo condado.
- Se um dos casos abaixo acontecer, você talvez precise esperar até 30 dias antes de a medida final ser tomada para a solicitação da re-certificação. Além disso, você poderá receber somente benefícios parciais durante o primeiro mês do seu novo período de certificação.
 - Se você for informado que uma entrevista é necessária e ela não for feita dentro de 10 dias antes do fim do período de certificação.
 - Se você não entregar o comprovante necessário antes do fim do período de certificação.
- Você tem o direito de receber um formulário do condado e de o condado aceitá-lo. O formulário precisa ser assinado e conter pelo menos o seu nome, endereço e assinatura.
- Você, ou o seu representante autorizado, tem o direito de enviar uma solicitação CalFresh entregando o formulário ao condado pessoalmente, pelo correio, por fax ou outro meio de transmissão disponível no seu condado (e-mail ou eletronicamente pelo endereço <http://www.benefitscal.org>).
- Se o seu domicílio tiver somente membros com Renda de Seguridade Suplementar (SSI), você ou o representante autorizado terão o direito de solicitar CalFresh em qualquer escritório da Administração da Previdência Social.

Regras: As seguintes regras entram em vigor: CalFresh MPP Seções 63-300.3, 63-504.25, 63-504.251, 63-504.6, 63-504.61. Você poderá consultá-los pela internet no endereço cdss.ca.gov ou no escritório local do seu condado

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 lhe 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