

**AVISO DE MEDIDA  
A SER TOMADA**

CONDADO DE \_\_\_\_\_

Data de aviso: \_\_\_\_\_

Nome do caso: \_\_\_\_\_

Número do caso: \_\_\_\_\_

Nome do assistente social: \_\_\_\_\_

Número do assistente social: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(ADDRESSEE)

┌

┐

└

┘

Alguma pergunta? Pergunte ao seu assistente social.

**Audiência estadual: Se você acredita que esta medida é um equívoco, solicite uma audiência. Saiba como fazer isso na página 3. Os seus benefícios não serão alterados se você solicitar uma audiência antes de esta medida ser tomada.**

**Medical:** Este aviso NÃO altera e nem interrompe os benefícios do Medi-Cal. **Continue usando os seus cartões plásticos de identificação de benefícios.** Você receberá outro aviso sobre quais mudanças serão feitas aos seus benefícios de saúde.

**CalFresh:** Este aviso NÃO altera e nem interrompe os benefícios do CalFresh. Você receberá um aviso separado se os seus benefícios do CalFresh mudarem.

Receber somente Medi-Cal e/ou CalFresh NÃO contará contra o seus limites de tempo e assistência em dinheiro.

**Regras:** Estas regras se aplicam. Você pode consultá-las no escritório local de assistência social: MPP 44-100; 44-315; SB 80 (Cap. 27, Estatuto de 2019).

**Quantia mensal da assistência em dinheiro****Seção A. Renda contável,  
mês de \_\_\_\_\_**

1. Renda de trabalho autônomo \$ \_\_\_\_\_
2. Despesas de autônomo:
  - a. 40% padrão - \_\_\_\_\_
  - OU
  - b. real - \_\_\_\_\_
3. Renda líquida de trabalho autônomo = \_\_\_\_\_
4. Renda total por Necessidades Especiais Não Resultante de Emprego (DBI) (membros de dentro ou fora Unidade de Assistência) \$ \_\_\_\_\_
5. \$500 desconsiderado da DBI (se o n.º 4 for superior a US\$ 500) - \_\_\_\_\_
6. Renda não isenta por Necessidades Especiais Não Resultante de Emprego = \_\_\_\_\_
- OU
7. DBI não usada e desconsiderada = \_\_\_\_\_
8. Renda líquida resultante de trabalho autônomo (indicada acima) + \_\_\_\_\_
9. Total de outra renda resultante de emprego + \_\_\_\_\_
10. Quantia não usada de US\$ 500 (do n.º 7) - \_\_\_\_\_
- 11. Subtotal** = \_\_\_\_\_
12. 50% desconsiderado da renda resultante de emprego - \_\_\_\_\_
- 13. Subtotal** = \_\_\_\_\_
14. Renda não isenta e não resultante de emprego Renda por necessidades especiais (do n.º 6) + \_\_\_\_\_
- 15. Subtotal** = \_\_\_\_\_
16. Outra renda não isenta (membros de dentro ou fora da Unidade de Assistência) + \_\_\_\_\_
- Renda líquida contável** = \_\_\_\_\_

**Seção B. sua assistência em dinheiro,  
mês de \_\_\_\_\_**

1. Número máximo de \_\_\_\_\_ indivíduos recebendo assistência (membros de dentro ou fora da Unidade de Assistência) \$ \_\_\_\_\_
2. Necessidades especiais (membros de dentro ou fora da Unidade de Assistência) + \_\_\_\_\_
3. Renda líquida contável resultante de Seção A - \_\_\_\_\_
- 4. Subtotal** = \_\_\_\_\_
5. Número máximo de \_\_\_\_\_ indivíduos recebendo assistência (somente de dentro da Unidade de Assistência) (Excluindo os indivíduos penalizados) \$ \_\_\_\_\_
6. Necessidades especiais (somente de dentro da Unidade de Assistência) + \_\_\_\_\_
7. Subtotal máximo de assistência = \_\_\_\_\_
- 8. Subtotal mensal integral da assistência** (Quantia menor na linha 4 ou 7) = \_\_\_\_\_
9. Linha 8 calculada proporcionalmente para o intervalo = \_\_\_\_\_
10. Ajustes:
 

25% de multas para pensão alimentícia	-	_____
Outras multas	-	_____
Pagamento a mais	-	_____
Multas do Cal-Learn	-	_____
Digitar o bônus escolar (\$ 100 ou \$ 500)	+	_____
- 11. Quantia mensal da assistência em dinheiro** (Linha 8 ou 9 ajustada) \$ \_\_\_\_\_

## 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