

# NOTIFICAÇÃO CALFRESH DE RECUSA/DESQUALIFICAÇÃO PARA O PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA ALIMENTAR DA CALIFÓRNIA

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 dessa página explica como fazer isso. Seus benefícios não poderão ser alterados se você solicitar uma audiência antes que essa ação ocorra.**

O Município está executando a seguinte ação porque \_\_\_\_\_ não seguiu as regras de trabalho de CalFresh para o Programa de Assistência Alimentar da Califórnia (CFAP).

A partir de \_\_\_\_\_,

- Nega-se o recebimento dos benefícios de CalFresh a \_\_\_\_\_.
- \_\_\_\_\_ foi desqualificado do Programa de CalFresh.
- O valor de seus benefícios CalFresh familiares será alterado de \_\_\_\_\_ para \_\_\_\_\_.
- Outro \_\_\_\_\_.

Para receber os benefícios CalFresh novamente, \_\_\_\_\_ deve ser elegível. Para ser elegível, deve-se:

- Estar isento das regras de trabalho CFAP, ou
  - Tomar providências para encerrar a desqualificação ou recusa.
  - Você pode tomar providências a qualquer momento para encerrar esta desqualificação.
  - Você pode somente tomar providências após \_\_\_\_\_ para encerrar esta desqualificação.
- Você pode encerrar esta desqualificação a qualquer momento, caso se isente das regras de trabalho.

Se sua família passou por outras alterações, você receberá outra notificação.

## POR QUE OS BENEFÍCIOS CALFRESH FORAM INTERROMPIDOS OU NEGADOS

## COMO RECEBER BENEFÍCIOS CALFRESH

<input type="checkbox"/> Não manteve um compromisso/ Não forneceu informações solicitadas.	Telefone para nós/ Forneça informações.
<input type="checkbox"/> Não foi a um trabalho.	Vá a um trabalho se ele ainda estiver disponível ou a outro trabalho quando for enviado.
<input type="checkbox"/> Recusou um trabalho.	Aceite o trabalho se ainda estiver disponível ou encontre outro. o outro trabalho deve ter, no mínimo, 30 horas por semana, ou pagar por semana o equivalente ao: <ul style="list-style-type: none"> <li>● Trabalho que você recusou, ou</li> <li>● O salário mínimo Federal vezes 30.</li> </ul>
<input type="checkbox"/> Alterou a quantidade de horas trabalhadas para menos de 30 horas por semana.	Aumente as horas de trabalho para, no mínimo, 30 horas por semana.
<input type="checkbox"/> Pediu demissão de um trabalho.	Volte para o trabalho se ele ainda estiver disponível, ou encontre outro trabalho com, no mínimo, o mesmo salário ou as mesmas horas do que o que foi recusado.
<input type="checkbox"/> Não atendeu às regras de assistência para trabalho do Programa Oportunidade de Trabalho e Responsabilidade para Crianças (CalWORKs) da Califórnia	Comece a cumprir essas regras.
<input type="checkbox"/> Não compareceu a uma tarefa de trabalho de busca de emprego, à escola, ou ao treinamento que enviamos a você.	Comece a realizar as tarefas que damos a você. Telefone para nós ou venha nos ver. Diremos o que fazer.
<input type="checkbox"/> Outro.	

A pessoa listada acima também pode precisar atender à regra de trabalho do CFAP de Não-Assistência. Se essa pessoa for ineligível para CalFresh por não ter atendido a essa regra pelos meses necessários para continuar recebendo os benefícios CalFresh, será enviada outra notificação informando o que é preciso para receber os benefícios CalFresh novamente.

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

MPP  63-407  63-408  63-410  W&IC 18932(a)  Toda a Carta do Município 99-78  Outra \_\_\_\_\_

## 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