

**AVISO DE MEDIDA A SER TOMADA
(Continuação)**

CONDADO DE _____

Data de aviso: _____

Nome do caso: _____

Número do caso: _____

Quantia devida do pagamento a mais (Para pagamentos a mais ocorridos entre 1º de outubro de 2013 a 31 de maio de 2020)

Nome do Assistente Social: _____

Número do Assistente Social: _____

**Mês e ano do pagamento a mais
Seção A. Mês da renda contável**

| | | | | |
|--|------|--|--|--|
| 1. Renda total de trabalho autônomo | US\$ | | | |
| 2. Despesas de autônomo: | | | | |
| a. 40% padrão | - | | | |
| ou | | | | |
| b. despesas reais | - | | | |
| 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) | US\$ | | | |
| 5. USUS\$ 225 desconsiderado da DBI (se o n.º 4 for superior a USUS\$ 225) | - | | | |
| 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. Outra renda total resultante de trabalho | + | | | |
| 10. Quantia não usada dos USUS\$ 225 (do n.º7) | - | | | |
| 11. Subtotal | = | | | |
| 12. 50% de Desconsideração da Renda Resultante de Emprego | - | | | |
| 13. Subtotal | = | | | |
| 14. Renda não isenta por Necessidades Especiais Não Resultante de Emprego (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. Mês da sua assistência em dinheiro _____

| | | | | |
|--|------|--|--|--|
| 1. _____ Indivíduos com Assistência Máxima (membros de dentro ou fora da Unidade de Assistência) | US\$ | | | |
| 2. Necessidades especiais (membros de dentro ou fora da Unidade de Assistência) | + | | | |
| 3. Renda líquida contável da Seção A | - | | | |
| 4. Subtotal | = | | | |
| 5. _____ Indivíduos com assistência máxima (somente de dentro da Unidade de Assistência) (Excluindo pessoas penalizadas) | US\$ | | | |
| 6. Necessidades especiais (somente de dentro da Unidade de Assistência) | + | | | |
| 7. Subtotal de assistência máxima | = | | | |
| 8. Subtotal mensal integral da assistência (Quantia menor na linha 4 ou 7) | = | | | |
| 9. Linha 8 calculada proporcionalmente para o intervalo do mês | = | | | |
| 10. Ajustes 25% de multas para pensão alimentícia | - | | | |
| Outras multas | - | | | |
| Pagamento a mais | - | | | |
| Multas do Cal-Learn | - | | | |
| Bônus escolar (USUS\$ 100 ou USUS\$ 500) | + | | | |
| 11. Quantia mensal da assistência em dinheiro (Linha 8 ou 9 ajustada) | US\$ | | | |
| 12. Pagamento a mais | | | | |
| Assistência em dinheiro paga a você | US\$ | | | |
| Assistência em dinheiro corrigida com ajustes | - | | | |
| Subtotal | = | | | |
| 13. Assistência em dinheiro paga a você | US\$ | | | |
| Pagamentos de apoio coletados por você | - | | | |
| Subtotal | = | | | |
| 14. Quantia de pagamento a mais a cada mês (Quantia menor do subtotal 12 ou 13) | = | | | |

PAGAMENTO A MAIS TOTAL (TODOS OS MESES) US\$ _____

Regras: Estas regras se aplicam. Você pode consultá-las no
escritório local de assistência social: MPP 44-352,
SB 1041 (Capítulo 47, Estatutos de 2012).

**Audiência estadual: Se você acredita que
esta medida é um equívoco, solicite uma
audiência. Saiba como fazer isso na página 3.**

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 |