

CONDADO DE

# AVISO DE MUDANÇA DO CALFRESH PARA ALTERAR RESIDÊNCIAS DE RELATÓRIO

Data da notificação : \_\_\_\_\_  
Caso \_\_\_\_\_  
Nome : \_\_\_\_\_  
Número : \_\_\_\_\_  
Funcionário : \_\_\_\_\_  
Nome : \_\_\_\_\_  
Número : \_\_\_\_\_  
Telefone : \_\_\_\_\_  
Endereço : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(ADDRESSEE)

┌ \_\_\_\_\_ ┐  
└ \_\_\_\_\_ ┘

┌ \_\_\_\_\_ ┐  
└ \_\_\_\_\_ ┘

\_\_\_\_\_

Se tiver qualquer dúvida ou desejar obter mais informações sobre essa ação, entre em contato com o seu trabalhador.

**Audiência estadual: se você achar que esta ação é indevida, poderá solicitar uma audiência, a menos que já tenha tido uma audiência sobre o valor devido. O verso dessa página explica como fazer isso. Seus benefícios não poderão ser alterados se você solicitar uma audiência antes de essa ação ocorrer.**

**MUDANÇA NOS BENEFÍCIOS**

Em vigor a partir de \_\_\_\_\_, seus benefícios do CalFresh mudaram de \$ \_\_\_\_\_ para \$ \_\_\_\_\_ por mês porque:

Você já foi informado sobre uma emissão excessiva dos benefícios do CalFresh e está recebendo menos benefícios do CalFresh porque o Condado está reduzindo sua alocação mensal em 10% ou \$ 10 (o que for maior) para restituir os benefícios do CalFresh que você obteve indevidamente. Foi decidido em tribunal ou em audiência estadual ou porque você assinou um Contrato de Consentimento de Desqualificação ou uma Renúncia de Audiência de Desqualificação Administrativa que esta emissão excessiva é uma Violação Intencional do Programa (IPV). Agora a sua alocação mensal está sendo alterada porque o Condado pode começar a reduzir sua alocação em 20% ou US\$ 10 (o que for maior). Se houver qualquer outra mudança à sua alocação do CalFresh mensal, este formulário o informará.

**MUDANÇA DE PROPOSTA NOS BENEFÍCIOS**

Em vigor a partir de \_\_\_\_\_, seus benefícios do CalFresh podem ser reduzidos ou encerrados porque as informações necessárias para determinar a continuação da sua elegibilidade ou o valor correto dos seus benefícios não foram recebidas com o Relatório de Mudança (CF 377.5 CR). Precisamos receber as seguintes informações até o primeiro dia do próximo mês:

Se a verificação de uma despesa for solicitada e você não a fornecer, a despesa não será permitida ao calcular os benefícios do próximo mês. Ainda, se você não fornecer outras informações solicitadas, seus benefícios podem ser reduzidos ou encerrados.

**Regras:** Estas regras se aplicam às ações acima:  
Você pode revisá-las em seu escritório de assistência social.

**SEM MUDANÇA NOS BENEFÍCIOS**

Seus benefícios do CalFresh não mudaram como resultado dos documentos/informações recebidos porque:

**ENCERRAMENTO**

Em vigor a partir de \_\_\_\_\_, seus benefícios do CalFresh estão encerrados porque:

Com base no motivo pelo qual seus benefícios foram encerrados, sua residência ainda não está qualificada para participar do Programa CalFresh até \_\_\_\_\_. Você pode voltar a se inscrever para os benefícios ao fim do período de desqualificação.

## 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