FORMULÁRIO DO DISASTER CALFRESH

COUNTY USE ONLY

CASE NUMBER

WORKER

DATE RECEIVED

Período de benefício pós-desastre: _____ até _____

INFORMAÇÕES IMPORTANTES – LEIA ATENTAMENTE

SEUS DIREITOS COMO CANDIDATO OU RECEBEDOR:

- Ser servido sem referência a raça, cor, origem de nacionalidade, religião, afiliação política, gênero, deficiência ou idade; e para registrar uma queixa caso se sinta discriminado.
- Obter o benefício Disaster CalFresh dentro de um a três dias consecutivos a partir da data de inscrição arquivada, caso seja elegível.
- Conversar sobre qualquer atitude referente ao seu caso com o Departamento de Assistência Social do Condado e solicitar uma audiência com o estado dentro de 90 dias após a aprovação ou rejeição do formulário.
- Ter uma análise imediata por um supervisor caso a inscrição seja rejeitada.
- Registrar uma queixa ou solicitar uma audiência com o estado ao escrever para o Departamento de Assistência Social do Condado ou ao ligar para o serviço de atendimento gratuito 1-800-952-5253. O número serviço de atendimento gratuito para deficientes auditivos (TDD) é 1-800-952-8349.
- Representar-se em uma audiência com o estado ou ser representado por um membro familiar, amigo, advogado ou qualquer outra pessoa.
- Ter outro membro familiar, ou outro adulto que o conheça, preenchendo este formulário. Caso este seja preenchido por um adulto que não seja membro familiar, anexe aprovação por escrito assinada pelo chefe familiar ou outro adulto membro da família.

SUAS RESPONSABILIDADES COMO CANDIDATO OU RECEBEDOR:

- Responder as perguntas verdadeira e completamente, da melhor maneira possível. Caso se negue a fornecer qualquer informação necessária, você não será contemplado com o benefício Disaster CalFresh.
- Durante sua entrevista, você deve verificar a identidade do chefe de família, a identidade da pessoa preenchendo este formulário e, se possível, comprovar residência familiar e/ou endereço comercial no momento do desastre.
- Você deve colaborar com os órgãos do condado, estado e do governo federal caso seja selecionado para uma análise após o período do desastre.

- Você pode autorizar uma pessoa a receber, ou usar, o benefício Disaster CalFresh. Caso deseje autorizar outra pessoa, preencha os campos abaixo:

NOME DO REPRESENTANTE LEGAL

TELEFONE

ENDEREÇO INCLUINDO CIDADE E CEP

 APENAS RETIRAR CARTÃO EBT APENAS RETIRAR CARTÃO EBT
ALIMENTO PARA FAMÍLIA

AVISO DE PENALIDADE!!

SE SUA FAMÍLIA RECEBER O BENEFÍCIO DISASTER CALFRESH, VOCÊ DEVE SEGUIR AS REGRAS ELENCADAS ABAIXO. A FALHA EM RELATAR INFORMAÇÕES OU MÁ INTERPRETAÇÕES DOS FATOS PODE RESULTAR EM PROCESSO LEGAL COM PENAS DE MULTA, PRISÃO OU AMBOS. AS PENAS PODEM RESULTAR EM DESQUALIFICAÇÃO NO PROGRAMA, AS MULTAS PODEM CHEGAR A USD 250 MIL OU PRISÃO POR ATÉ 20 ANOS. AS PENALIDADES DE DESQUALIFICAÇÃO SÃO DE 12 MESES PARA A PRIMEIRA VIOLAÇÃO, 24 MESES PARA A SEGUNDA, E DESQUALIFICAÇÃO PERMANENTE PARA A TERCEIRA.

- Não fornecer informações falsas ou ocultar informações para obter o benefício Disaster CalFresh.
- Não comercializar ou vender o benefício Disaster CalFresh, ou qualquer outro instrumento de emissão.
- Não alterar o cartão EBT ou qualquer outro instrumento de emissão para obter o benefício Disaster CalFresh os quais não pode receber.
- Não usar o benefício Disaster CalFresh para comprar itens inelegíveis como bebidas alcoólicas e cigarros.
- Não usar o cartão EBT de terceiros ou qualquer outro instrumento de emissão em sua família.

INSTRUÇÕES: favor responder às perguntas neste formulário referentes a circunstâncias esperadas durante o período de benefício pós-desastre mencionado acima.

NOME (CHEFE DE FAMÍLIA)

ENDEREÇO RESIDENCIAL PERMANENTE NO MOMENTO DO DESASTRE

TELEFONE

ENDEREÇO TEMPORÁRIO

TELEFONE

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

TELEFONE

ENDEREÇO COMERCIAL NO MOMENTO DO DESASTRE

TELEFONE

PARTE A – SITUAÇÃO DA FAMÍLIA. (Você deve marcar Sim ou Não em cada pergunta)

1. Alguém de sua família estava vivendo trabalhando ou ambos (marcar caixa adequada) na área do desastre no momento do desastre?
2. Não é possível obter a renda ou recursos financeiros de sua família? SIM NÃO
3. Sua renda ou recursos financeiros foram diminuídos, atrasados ou interrompidos devido ao desastre? SIM NÃO
4. Você irá comprar alimentos e irá preparar refeições durante o período de benefício pós-desastre? SIM NÃO

COUNTY USE ONLY

 Disaster Application

Can the identity of the authorized representative be verified?

 YES NO

Type of verification:

Can the head of household's identity be verified?

 YES NO

Type of verification:

Is permanent residence in disaster area?

 YES NO

Type of verification:

Is work address in the disaster area?

 YES NO

Type of verification:

Can the household's residence be verified?

 YES NO

Type of verification:

PARTE B – MEMBROS FAMILIARES

5. Lista com nomes de todas as pessoas que estão se inscrevendo no benefício Disaster CalFresh. Inclua somente as pessoas que **estavam vivendo com você no momento do desastre**. Caso esteja instalado temporariamente em outro ambiente familiar devido ao desastre, **não liste os membros desde ambiente**. ***Incluir o Social Security Number (SSN) é opcional. Ele será utilizado somente para fins de identificação.**

NOME (CHEFE DE FAMÍLIA) (HH)		SSN*	DATA DE NASC.
a.			
NOME	RELAÇÃO COM HH	SSN*	DATA DE NASC.
b.			
NOME	RELAÇÃO COM HH	SSN*	DATA DE NASC.
c.			
NOME	RELAÇÃO COM HH	SSN*	DATA DE NASC.
d.			
NOME	RELAÇÃO COM HH	SSN*	DATA DE NASC.
e.			
NOME	RELAÇÃO COM HH	SSN*	DATA DE NASC.
f.			
NOME	RELAÇÃO COM HH	SSN*	DATA DE NASC.
g.			

PARTE C – RENDA/RECURSOS/DESPESAS

6. a. Qual é a quantia total da renda familiar o outras fontes de renda que todas as pessoas listadas acima receberam ou receberão durante o período do benefício após desastre? \$ _____
 b. Liste todas as fontes de renda:

7. Liste todas os rendimentos em espécie que as pessoas listadas acima receberão durante o período do benefício pós-desastre. Não inclua nenhuma das quantias listadas no número 6.

Espécie em Mãos	Conta Poupança	Conta Corrente	Outro
\$	\$	\$	\$

8. Insira a quantia de despesas por perda ou dano relacionada ao desastre que já tenha pago ou espera pagar durante o período pós-desastre. Não liste quantias que serão pagas por outra pessoa que não esteja mencionada acima ou que serão reembolsadas durante o período pós-desastre. Despesas elegíveis podem incluir o seguinte:

- a. Despesas para reparar danos à casa da família ou a outra propriedade essencial para o contrato de trabalho ou trabalho autônomo de um dos membros da família. \$ _____
- b. Despesas temporárias com abrigo se a casa estiver inabitável ou se a família não puder chegar até ela; \$ _____
- c. Despesas com mudança para outra área por evacuação após o desastre; \$ _____
- d. Despesas referentes à proteção de uma casa ou empresa contra os prejuízos do desastre; \$ _____
- e. Despesas médicas devido a ferimentos. \$ _____
- f. Despesas funerárias resultantes do desastre. \$ _____
- g. Taxas de transporte para animais originadas devido ao desastre. \$ _____
- h. Despesas relacionadas à substituição de itens pessoais e familiares como roupas, eletrodomésticos, ferramentas e material escolar. \$ _____
- i. Combustível para fonte de aquecimento primária. \$ _____
- j. Despesas com itens para limpeza. \$ _____
- k. Despesas com veículo danificado no desastre. \$ _____
- l. Despesas com depósitos. \$ _____

9. a. Alguma das pessoas listadas acima está recebendo benefício CalFresh atualmente? SIM NÃO
 Se sim, Quem? _____ Condado _____ Estado _____ Parcela Mensal \$ _____
 b. Essa pessoa solicitou ou obteve substituição do benefício CalFresh para este mês?
 Se sim, quanto ela recebeu ou receberá? _____ SIM NÃO

DECLARAÇÃO

Eu declaro que entendi as perguntas no formulário e que minha família necessita do benefício Disaster CalFresh. Li o Aviso de Penalidade (ou ele foi lido para mim). Autorizo a divulgação de qualquer informação necessária para determinar a precisão de minha elegibilidade. Caso seja selecionado, irei colaborar totalmente com os órgãos do condado, estado ou governo federal no que se refere a uma análise que será conduzida após o período de benefício pós-desastre. Ademais, compreendo que eu talvez precise recompensar qualquer benefício que seja pago acrescidamente se eu, outro membro familiar adulto, ou um representante legal relatar informações incompletas ou incorretas.

Declaro, sob pena de perjúrio regida sobre as leis dos Estados Unidos da América e do Estado da Califórnia, que as informações contidas em meu formulário são verdadeiras, corretas e completas.

ASSINATURA (MEMBRO FAMILIAR ADULTO OU REPRESENTANTE LEGAL) _____ DATA _____
 TESTEMUNHA, SE ASSINALADO COM UM "X" _____ DATA _____

COUNTY USE ONLY

Household size for the number of persons listed in 5 _____

Computation

A. Anticipated Income (from 6)	\$ _____
B. Accessible Cash Resources (from 7)	+ \$ _____
C. Total disaster period income = (A+B)	\$ _____
D. Total allowable disaster-related expenses (from 8)	- \$ _____
E. Accessible disaster period income (C-D)	= \$ _____
F. Maximum Disaster Income Limit for household size (from Table)	\$ _____

If E is equal to or less than F, the household is eligible.

Eligible: YES NO

Allotment

1. Disaster Allotment (from Table)	\$ _____
2. Regular Allotment Already Received	- \$ _____
3. Net Disaster Allotment (1-2)	= \$ _____

EBT Card Number issued # _____
 YES NO

WORKER'S SIGNATURE _____ DATE _____
 SUPERVISOR'S SIGNATURE _____ DATE _____