NOTIFICAÇÃO DE ACÇÃO

CONDADO DE _____

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Data da Notificação : _____
Nome do Processo : _____
Número do Processo : _____
Nome do Trabalhador : _____
Número do Trabalhador : _____
Telefone Informação 24 Horas: _____
Morada : _____

(ADDRESSEE)

┌

└

┌

└

Tem perguntas? Fale com o seu funcionário responsável ou telefone para o número acima.

AUDIÊNCIA ESTADUAL: Se considera esta medida errada, poderá pedir uma audiência. O verso desta página contém instruções sobre como proceder. Os seus benefícios poderão não sofrer quaisquer alterações se pedir uma audiência antes que esta medida se realize.

A partir de _____, os Serviços do Condado irão deixar de facultar os benefícios:

- Cash Aid
- CalFresh

Motivo:

O relatório trimestral (QR 7) que recebemos este mês está incompleto.

Para continuar a receber benefícios Cash Aid e/ou CalFresh, deverá devolver um formulário QR 7 correctamente preenchido.

Um QR 7 encontra-se completo quando tiver respondido a todas as questões e anexado as provas exigidas.

Os nossos serviços deverão receber o seu relatório até ao primeiro dia útil do próximo mês. Deverá enviar-nos a seguinte informação:

- Preencher os itens assinalados com um círculo no relatório anexo.
- Completar as seguintes questões no relatório anexo.
- Fazer-nos chegar as seguintes provas:

A informação que nos transmitir pode alterar ou suspender os seus benefícios Cash Aid e/ou CalFresh.

Se nos devolver um QR 7 completo em qualquer altura do próximo mês que mostre que é elegível para receber benefícios Cash Aid e/ou CalFresh, os seus benefícios começarão a partir do dia em que nos enviar o formulário.

Medi-Cal: Esta notificação NÃO altera ou suspende os benefícios Medi-Cal. Se houver qualquer alteração nos seus benefícios Medi-Cal, receberá outra notificação. **Continue a utilizar os seus cartões de benefícios.**

Você e a sua família poderão continuar a usufruir dos benefícios Medi-Cal se o seu Cash Aid for suspenso e se:

- começar a receber de um emprego, negócio que tenha iniciado ou se tiver recebido um aumento.
- tiver começado a receber ou tido um aumento na pensão de alimentos do seu cônjuge e filhos menores.

Rules:• Estas regras aplicam-se. Poderá consultá-las no seu gabinete de assistência social. - Cash Aid: MPP 40-105.1, 40-181.22; CalFresh: 63-103(n), 63-508.6. TCVAP, RCA e ECA: 70-105.1, 69-206 e 69-301.

Se precisar de ajuda para completar o seu QR 7, os nossos serviços podem ajudá-lo. Por favor contacte-nos e peça ajuda. Número gratuito _____

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 (Vale-Refeição) 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.
- O CalFresh (Vale-Refeição) permanecerá o mesmo 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 (Vale-Refeição) 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 (Vale-Refeição) Child Care (creche)

Enquanto aguarda pela decisão da audiência referente à(ao):

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 impedi-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 (Vale-Refeição)

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