

MUNICÍPIO DE

# NOTIFICAÇÃO DE EMISSÃO EM EXCESSO DO CALFRESH APENAS POR ERROS ADMINISTRATIVOS (AE)

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

(ADDRESSEE)

┌ \_\_\_\_\_ ┐  
└ \_\_\_\_\_ ┘  
  
┌ \_\_\_\_\_ ┐  
└ \_\_\_\_\_ ┘  
  
\_\_\_\_\_

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

Foram emitidos benefícios do CalFresh em excesso para:

- sua residência.  
 a residência, que você patrocinou.

Por esse motivo:

- Os rendimentos recebidos não discriminados não se qualificam para a dedução de 20%.

Foram emitidos \$ \_\_\_\_\_ em benefícios extras do CalFresh para o período de \_\_\_\_\_.

A residência recebeu \$ \_\_\_\_\_ em benefícios do CalFresh.

A residência deveria ter recebido \$ \_\_\_\_\_ em benefícios do CalFresh. \$ \_\_\_\_\_ (benefícios extras do CalFresh) é o valor que você recebeu menos o que deveria ter recebido.

Esse valor foi reduzido em \$ \_\_\_\_\_, pois recebemos o reembolso de parte do valor devido. Agora o valor devido é de \$ \_\_\_\_\_.

**Veja como calculamos o valor extra recebido na planilha que acompanha essa notificação.**

## REEMBOLSO

**Você deve reembolsar os benefícios extras do CalFresh.**

1. Você pode pagar os benefícios extras do CalFresh integralmente, ou
2. Preencher, assinar e devolver o formulário do Contrato de Reembolso (CF 377.7E1) anexo e pagar conforme acordado, ou
3. Se você não assinar e devolver o contrato dentro de 30 dias após a data dessa notificação, o valor dos benefícios do CalFresh recebidos será reduzido em \_\_\_\_\_% a partir de \_\_\_\_\_.
  - Você não precisa usar os benefícios de SSI recebidos para reembolsar essa emissão em excesso.
  - A cobrança será feita de todos os adultos na residência quando a emissão em excesso ocorreu.
  - Se você não estiver recebendo benefícios do CalFresh, sua emissão em excesso por AE deverá ser reembolsada se esse valor for superior a \$125.

## POSSÍVEIS AÇÕES DE COBRANÇA:

- Seu contrato de reembolso será baseado em sua capacidade de pagamento atual conforme calculado pelo município. Quaisquer alterações em sua capacidade de pagamento poderão modificar os pagamentos mensais.
- Se você não fizer o reembolso, o município poderá utilizar outras formas de cobrar o valor devido, como por meio de um tribunal, outros métodos de escritório de cobranças e por uma ação de cobrança do governo federal.
- Se esse erro for revisado posteriormente pelo tribunal ou audiência e for determinado que foi culpa sua, as penalidades serão aplicadas mesmo que você concorde em reembolsar o valor devido.
- Se a reivindicação ficar em atraso ou a residência for processada, você poderá estar sujeito às custas judiciais e do processo adicionais.
- Se você não reembolsar o valor devido, o município poderá reter sua restituição de imposto de renda estadual/federal e/ou solicitar que o tribunal confisque seus salários ou qualquer propriedade sua.

**Regras:** essas regras se aplicam: MPP 63-801.22, 63-801.4, 63-801.43, 63-801.7. Você pode revisá-las em sua secretaria municipal.

## Dúvidas? Pergunte ao funcionário.

**Atenção:** caso acredite que essa emissão em excesso esteja incorreta, essa é sua última oportunidade de solicitar uma audiência. Se você continuar com o CalFresh, o município poderá cobrar a emissão em excesso reduzindo seus benefícios mensais. Se você deixar o CalFresh antes de a emissão em excesso ser reembolsada e não fizer nenhum acordo de reembolso, o município poderá descontar o valor devido de sua restituição de imposto de renda estadual/federal conforme permitido por lei.

## 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