

AVISO DO CALFRESH SOBRE APROVAÇÃO/TÉRMINO DE BENEFÍCIOS TRANSITÓRIOS

CONDADO DE _____

Data de aviso : _____
 Nome do caso : _____
 Número do caso : _____
 Nome do assistente social : _____
 Número do assistente social : _____
 Número de telefone : _____
 Endereço : _____

(Addressee)

Alguma pergunta? Pergunte ao seu assistente social.

Audiência estadual: Se você acredita que esta medida é um equívoco, solicite uma audiência. Saiba como fazer isso nas páginas 3 e 4. Os seus benefícios não serão alterados se você solicitar uma audiência antes de esta medida ser tomada.

Aprovação para os benefícios transitórios do CalFresh

A partir de _____, seus benefícios do
 DD/MM/AAAA
 CalFresh serão de US \$ _____ por mês.

Como o seu caso sobre o CalWORKs foi encerrado, você receberá os benefícios transitórios do CalFresh. Você receberá benefícios transitórios de _____ a _____.

Isso substitui o período de certificação anterior.

Uma mudança na quantia dos seus benefícios será feita por causa da perda dos benefícios do CalWORKs.

O período transitório do CalFresh terminará depois de 5 meses, a menos que o seu domicílio obtenha nova certificação para o CalFresh.

Relatórios:

- Domicílios que recebem benefícios transitórios do CalFresh não precisam enviar relatórios ou validar as mudanças no domicílio até o final do período transitório do CalFresh ou quando da nova certificação.
- O Condado não tomará medidas a respeito das mudanças no domicílio informadas durante os 5 meses do período transitório do CalFresh. No entanto, incentivamos você a informar o condado se ocorrer mudança no endereço.

Nova certificação:

- Se ocorrer diminuição na renda, aumento das despesas ou mudança no tamanho do domicílio antes do término dos 5 meses do período transitório do CalFresh, você poderá obter uma nova certificação mais cedo porque os seus benefícios do CalFresh poderão aumentar.
- Você pode solicitar a nova certificação do CalFresh regular a qualquer momento durante o período de transição do CalFresh. Se você solicitar a nova certificação nos primeiros quatro meses do período de transição do CalFresh, os seus benefícios do CalFresh regular poderão ser inferiores à quantia atual de transição do CalFresh. Você pode cancelar a solicitação da nova certificação se acreditar que os seus benefícios diminuirão.
- Se não fizer a nova certificação durante o período de transição do CalFresh, você receberá um aviso sobre quando precisará passar pela nova certificação.
- Se você enviar solicitação e for aprovado pelo CalWORKs durante o período transitório do CalFresh, precisará obter nova certificação do CalFresh. O período transitório do CalFresh terminará quando forem aprovados os benefícios do CalWORKs e do CalFresh normal, mesmo que o período de 5 meses ainda não tenha terminado. Você terá um novo período de certificação do CalFresh.

Término dos benefícios transitórios do CalFresh

A partir de _____, os seus benefícios
DD/MM/AAAA
transitórios do CalFresh chegarão ao fim.

Por quê?

- A sua solicitação do CalWORKs foi aprovada.
- A sua solicitação do CalFresh foi aprovada.
- Os seus benefícios do CalWORKs e/ou CalFresh foram retomados.
- Outro (veja abaixo)

Se você acha que isto é um equívoco,
ligue para o condado.

Regras: As seguintes regras entram em vigor:
Title 7 CFR §273.26-§273.32. Você poderá consultá-
las no escritório de assistência social.

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