



SOLICITAÇÃO DE BENEFÍCIOS DO CALFRESH

Se você tiver alguma necessidade especial ou precisar de ajuda com este formulário, avise o Departamento de Assistência Social do seu Condado ("Condado") e alguém o ajudará.

Se preferir falar, ler ou escrever em outro idioma diferente do inglês, o Condado encontrará alguém para ajudá-lo gratuitamente.

Como enviar a solicitação?

Use este formulário se estiver solicitando somente benefícios do CalFresh. O CalFresh é um programa de assistência para despesas com alimentação no seu domicílio. Se quiser solicitar os benefícios de outros programas além do CalFresh, tais como CalWORKs ou Medi-Cal, peça uma cópia do formulário dos demais programas. Você também pode solicitar os benefícios do CalFresh ou de outros programas pelo website <http://www.benefitscal.org/>. Para saber se está qualificado a receber tais benefícios, visite <http://www.cdss.ca.gov/foodstamps/PG849.htm>.

- Se puder, preencha o formulário por inteiro. Informe ao seu Condado, pelo menos, o seu nome e endereço e assine o formulário (pergunta 1 na página 1) para dar início ao processo de solicitação de benefícios.

- Entregue o formulário para o Condado pessoalmente, por correio, fax ou pela internet.
- O dia em que o Condado receber o seu formulário assinado será a data inicial a partir da qual você receberá uma resposta se os seus benefícios foram aprovados. Se você estiver em uma instituição, o período começará Não dia em que você deixar tal local.

O que faço depois?

- Leia sobre os seus direitos e deveres (Regras do programa, páginas 1 a 5) antes de assinar o formulário.
- Marque uma entrevista com o Condado para falar sobre a sua solicitação. A maioria das entrevistas é feita pelo telefone, mas também é possível ser entrevistado pessoalmente no escritório do Condado ou no local indicado pelo Condado. Se tiver alguma necessidade especial, outras providências poderão ser tomadas.
- Se não terminou de preencher o formulário, poderá fazê-lo durante a entrevista.
- Você precisará de um comprovante de rendas, despesas e outras circunstâncias para confirmar que está qualificado a receber os benefícios.

Quanto tempo vai levar?

O processamento da sua solicitação poderá levar até 30 dias. Você poderá receber os benefícios dentro de 3 dias corridos se atender a um dos critérios do Expedited Service, que agiliza o processo:

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

- A renda bruta mensal do seu domicílio (renda antes das deduções) é inferior a US\$ 150 e a quantia disponível em dinheiro ou na conta corrente ou poupança é de US\$ 100 ou inferior; ou
- As despesas com habitação do seu domicílio (aluguel/ hipoteca e serviços públicos) é superior à sua renda bruta mensal ou à quantia disponível em dinheiro ou na conta corrente ou poupança; ou
- Você é imigrante ou trabalhador rural de temporada e o seu domicílio tem menos de US\$ 100 na conta corrente ou poupança e (1) a sua renda foi interrompida ou (2) a sua renda foi iniciada, mas você não espera receber mais de US\$ 25 nos próximos 10 dias.

Para ajudar o Condado a verificar se você poderá receber os benefícios dentro de três dias, responda às perguntas 1, 6, 7, 8, 11 e 16 e entregue ao Condado um comprovante de identidade (se tiver) juntamente com o seu formulário.

O Condado enviará uma carta para avisar se o seu domicílio foi aprovado ou rejeitado para receber os benefícios do CalFresh.

Conferência com a agência

A conferência com a agência é um processo que proporciona ao seu domicílio o direito de solicitar uma reunião com um supervisor de qualificação. A reunião poderá ser feita entre um assistente de qualificação e um representante autorizado e resolverá informalmente qualquer divergência a respeito dos critérios a que o domicílio atende para acionar o Expedited Service.

A conferência com a agência deve ser agendada dentro de dois dias úteis a partir do envio da solicitação, a menos que o domicílio peça que a reunião seja marcada mais tarde ou declare que não deseja ter uma conferência com a agência.

O que preciso levar para a minha entrevista?

A fim de evitar atrasos, compareça à entrevista com comprovantes para os itens abaixo. Não desmarque a entrevista, mesmo que não tenha um dos comprovantes. O Condado poderá ajudá-lo se precisar obter um comprovante. Durante a entrevista, o Condado revisará as informações do seu formulário e fará perguntas para confirmar se você poderá obter os benefícios do CalFresh e a quantia dos benefícios a serem recebidos.

Comprovantes necessários para receber benefícios

- Identificação (carteira de motorista, identidade estadual, passaporte).
- Residência (contrato de aluguel, conta atual com o endereço).
- Números de Seguridade Social (ver observação abaixo sobre quem não tem cidadania).
- Quantia disponível na conta bancária de todos os moradores do domicílio (extratos bancários recentes).
- Comprovante da renda recebida por cada morador do domicílio nos últimos 30 dias (contracheque recente, declaração do empregador). **OBS.:** Se for autônomo, comprovante de renda e despesas ou do imposto de renda.

- Renda não resultante de emprego (vale-desemprego, SSI, Seguridade Social, benefício de veteranos de guerra, pensão alimentícia, compensação trabalhista, bolsa ou empréstimos escolares, renda advinda de aluguel, etc..).
- Status de imigração legal **SOMENTE** para quem não for cidadão e estiver solicitando benefícios (cartão de registro de imigrantes, visto).

OBS.: Certos indivíduos que não são cidadãos e solicitaram um status de imigração com base em violência doméstica, perseguição criminal ou tráfico podem não precisar deste comprovante. Eles podem não precisar de um número de Seguridade Social.

Comprovantes necessários para receber mais benefícios do CalFresh

- Despesas com moradia (recibos de aluguel pago, contas da hipoteca, conta do imposto predial, documentação de seguro).
- Telefone e serviços públicos.
- Despesas médicas com qualquer idoso (60 anos ou mais) ou pessoa com necessidades especiais que viva no seu domicílio.
- Despesas com cuidados com crianças e adultos porque alguém está trabalhando, procurando emprego, estudando ou participando de atividades profissionais obrigatórias.
- Pensão alimentícia paga por alguém no seu domicílio

Como recebo/uso meus benefícios do CalFresh?

- O Condado enviará por correio um cartão EBT de plástico para a Transferência Eletrônica de Fundos. Os benefícios serão incluídos no cartão quando sua solicitação for aprovada. Assine o cartão ao recebê-lo. Providencie também um número de identificação pessoal (PIN) para usar o seu cartão.
- Se o seu cartão EBT for perdido, roubado ou destruído, ou se você achar que alguém pode ter descoberto o seu PIN e você não quer que essa pessoa use os seus benefícios, ligue para (877) 328-9677 ou comunique ao Condado imediatamente. Verifique se todos os adultos responsáveis e o seu representante autorizado também estão cientes de como denunciar esses problemas imediatamente. Você não será reembolsado pelos benefícios usados indevidamente se não denunciar que alguém que você não quer que use os seus benefícios tem o seu PIN ou se não trocar o seu PIN.
- Você pode usar os seus benefícios do CalFresh para comprar quase qualquer tipo de alimento, assim como sementes e plantas para cultivar seus próprios alimentos. Você **NÃO PODE** comprar álcool, tabaco, comida para animais de estimação, alguns tipos de refeições prontas e nem itens que não sejam alimentos (pasta de dente, sabonete ou toalhas de papel).

- Os benefícios do CalFresh são aceitos na maioria dos supermercados e outros estabelecimentos que vendem alimentos. Para obter uma lista dos locais na redondeza que aceitam EBT, visite <https://www.ebt.ca.gov> ou <https://www.snapfresh.org>.
- Os benefícios do CalFresh devem ser usados somente para você e os moradores do seu domicílio. Mantenha os seus benefícios em segurança. **NÃO** divulgue o seu PIN. **NÃO** mantenha o seu PIN anotado junto com o cartão EBT.

E se eu estiver desabrigado?

Avise o Condado imediatamente se você estiver desabrigado, assim poderemos combinar um endereço que será usado para aceitar a sua solicitação e enviar avisos do Condado sobre o seu caso. Para o CalFresh, você será considerado desabrigado se estiver:

- A. morando em um abrigo supervisionado, uma casa de acolhimento ou local semelhante.
- B. na casa de outra pessoa ou família durante menos de 90 dias consecutivos.
- C. dormindo em um lugar não designado ou normalmente usado para dormir (ex.: corredor, estação de ônibus, saguão ou local semelhante).

Página de informação.
Pegue uma cópia e guarde para consulta.

DIREITOS E DEVERES

Você tem as seguintes responsabilidades:

- Entregar ao Condado todas as informações de que precisam para determinar a sua qualificação.
- Entregar ao Condado os comprovantes que tiver, quando necessário.
- Informar mudanças conforme solicitado. O Condado lhe avisará o que precisa ser informado e quando e como isso deve ser feito. Se você não atender aos requisitos de informação do seu domicílio, o seu caso será encerrado ou os seus benefícios do CalFresh poderão diminuir ou ser interrompidos.
- Procurar e manter um emprego ou participar de outras atividades se o Condado indicar que isso é obrigatório para o seu caso.
- Cooperar completamente com os funcionários federais, estaduais ou do Condado se o seu caso for selecionado para revisão ou investigação, garantindo que os seus níveis de qualificação e benefícios foram calculados corretamente. Falha ao colaborar com tais revisões resultará na perda dos seus benefícios.
- Reembolsar quaisquer benefícios do CalFresh que não estava qualificado a receber.

Pegue uma cópia e guarde para consulta

Você tem o direito ao seguinte:

- Enviar uma solicitação do CalFresh contendo apenas o seu nome, endereço e assinatura.
- Ter acesso gratuito a um intérprete fornecido pelo estado, se necessário.
- Receber garantias de que as informações fornecidas ao Condado serão mantidas sob sigilo, a menos que estejam diretamente relacionadas à administração dos programas do Condado.
- Retirar a sua solicitação a qualquer momento antes de o Condado determinar a sua qualificação.
- Pedir auxílio para preencher a solicitação do CalFresh e receber esclarecimentos sobre as regras.
- Pedir auxílio para obter os comprovantes necessários.
- Ser tratado com cortesia, consideração e respeito, sem sofrer discriminação.
- Receber benefícios do CalFresh dentro de 3 dias ao se qualificar para o Expedited Service, que agiliza o processo.
- Ser entrevistado pelo Condado dentro de um período razoável após enviar a solicitação e ter a sua qualificação determinada dentro de 30 dias.
- Apresentar comprovantes ao Condado dentro de pelo menos 10 dias para determinar a sua qualificação.

Pegue uma cópia e guarde para consulta

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

- Receber avisos por escrito pelo menos 10 dias antes de o Condado diminuir ou interromper os seus benefícios do CalFresh.
- Revisar o seu caso com o Condado mediante sua solicitação.
- Solicitar uma audiência estadual dentro de 90 dias se não concordar com o condado em relação ao seu caso do CalFresh. Se você solicitar uma audiência antes de uma medida ser tomada em relação ao seu caso do CalFresh, os seus benefícios do CalFresh permanecerão os mesmos até a audiência ou até o fim do período de certificação, o que vier antes. Você pode pedir para o Condado só alterar os seus benefícios após a audiência para evitar o reembolso de quaisquer benefícios que possa receber a mais. Se o juiz administrativo decidir em seu favor, o condado lhe entregará os benefícios que deve a você.
- Perguntar sobre os seus direitos à audiência ou solicitar recomendações para assistência jurídica pelo número de ligação gratuita **(800) 952-5253** ou, em caso de deficiência verbal ou auditiva, ligar para TDD **(800) 952-8349**.
- Você pode obter assistência jurídica gratuita no escritório local de assistência jurídica ou de direitos ao bem-estar.
- Trazer um amigo ou outra pessoa se não quiser ir a uma audiência sozinho.
- Obter assistência do condado para se cadastrar como eleitor.

Pegue uma cópia e guarde para consulta

- Informar mudanças que não precisa comunicar, caso isso possa aumentar os seus benefícios do CalFresh.
- Apresentar comprovantes das despesas do seu domicílio que podem contribuir para o recebimento de mais benefícios do CalFresh. Não apresentar comprovantes ao Condado é o mesmo que dizer que você não tem tais despesas, não podendo então receber mais benefícios do CalFresh.
- Avisar o Condado se quiser designar outra pessoa como um representante autorizado a usar os benefícios do CalFresh em nome do seu domicílio ou ajudá-lo com o seu caso do CalFresh ("Representante Autorizado").

Regras e penalidades do programa

Você cometerá um crime se fornecer informações falsas ou erradas ou não divulgar alguma coisa de propósito para tentar obter os benefícios do CalFresh que não está qualificado a receber, ou então ajudar alguém a receber benefícios que não está qualificado a receber. Você é obrigado a reembolsar quaisquer benefícios que não estava qualificado a receber.

Pegue uma cópia e guarde para consulta

Violações ao programa CalFresh: Compreendo que posso ter violado as regras do programa intencionalmente se fizer o seguinte:

- Omitir informações ou fazer declarações falsas
- Usar cartões de Transferência Eletrônica de Fundos (EBT) que pertencem a outra pessoa ou deixar alguém usar meu cartão
- Usar os benefícios do CalFresh para comprar álcool ou tabaco
- Trocar, comprar, vender, roubar ou doar benefícios do CalFresh ou cartões EBT ou tentar trocar, comprar, vender, roubar ou doar benefícios do CalFresh ou cartões EBT
- Tentar receber benefícios em dobro, tal como solicitar benefícios em dois ou mais condados ou estados diferentes ao mesmo tempo

Como penalidade poderei:

- Perder os benefícios do CalFresh durante 12 meses após a primeira violação e ser obrigado a reembolsar os benefícios do CalFresh que foram pagos a mais
- Perder os benefícios do CalFresh durante 24 meses após a segunda violação e ser obrigado a reembolsar os benefícios do CalFresh que foram pagos a mais

Pegue uma cópia e guarde para consulta

Violações ao programa CalFresh: Compreendo que posso ter violado as regras do programa intencionalmente se fizer o seguinte: (Continuação)

- Enviar documentos falsos sobre crianças ou adultos no meu domicílio que não estão qualificados a receber os benefícios ou simplesmente não existem
- Violar as condições da minha liberdade condicional
- Fugir depois de ser condenado por delito
- Adquirir (comprar) um produto usando os benefícios do CalFresh para obter o retorno de um depósito, jogar fora o conteúdo intencionalmente (de propósito) para receber a quantia do depósito ou tentar retornar o recipiente para receber o retorno de um depósito

Como penalidade poderei: (Continuação)

- Perder os benefícios do CalFresh permanentemente após a terceira violação e ser obrigado a reembolsar os benefícios do CalFresh que foram pagos a mais

Pegue uma cópia e guarde para consulta

Violações ao programa CalFresh: Compreendo que posso ter violado as regras do programa intencionalmente se fizer o seguinte: (Continuação)

- Comprar um produto usando os benefícios do CalFresh e revendê-lo intencionalmente em troca de dinheiro ou outro item que não seja para a alimentação legítima

- Trocar os benefícios do CalFresh ou tentar trocar os benefícios do CalFresh por dinheiro, armas de fogo, produtos não qualificados ou substâncias controladas, tais como drogas

- Fornecer informações falsas sobre quem sou ou onde vivo para obter benefícios extras do CalFresh

Como penalidade poderei: (Continuação)

- Pagar multa de até US\$ 250 mil, ser condenado a até 20 anos de prisão ou ambos

- Perder os benefícios do CalFresh durante 24 meses após a primeira violação
- Perder os benefícios do CalFresh permanentemente após a segunda violação

- Perder os benefícios do CalFresh durante 10 anos para cada violação

Pegue uma cópia e guarde para consulta

Violações ao programa CalFresh: Compreendo que posso ter violado as regras do programa intencionalmente se fizer o seguinte: (Continuação)

- For condenado após trocar, vender ou tentar trocar os benefícios do CalFresh num valor superior a US\$ 500 ou trocar ou tentar trocar benefícios do CalFresh por armas de fogo, munição ou explosivos

Como penalidade poderei: (Continuação)

- Perder os benefícios do CalFresh permanentemente

Informações importantes para quem não é cidadão

- Você pode solicitar e obter benefícios do CalFresh em nome de quem for qualificado, mesmo que a sua família inclua outras pessoas que não se qualificam. Por exemplo, pais imigrantes podem solicitar os benefícios do CalFresh para seus filhos que sejam cidadãos dos EUA ou imigrantes qualificados, mesmo que os pais não se qualifiquem.

Pegue uma cópia e guarde para consulta

- Receber benefícios alimentares não afetará o seu status de imigração ou o status da sua família. As informações sobre imigração são privadas e confidenciais.
- O status de imigração de quem não é cidadão e está qualificado a receber os benefícios será verificado pelos Serviços de Cidadania e Imigração dos EUA (USCIS). A lei federal estabelece que o USCIS não pode usar essas informações para qualquer outro fim, exceto para investigar casos de fraude.

Cláusula de auto-exclusão

Você não precisa fornecer informações sobre o seu status de imigração, os números de Seguridade Social ou documentos para membros da família que não sejam cidadãos e não estão solicitando os benefícios do CalFresh. O Condado precisa saber a renda de cada um e as informações sobre os recursos para determinar corretamente os benefícios do seu domicílio. O Condado não entrará em contato com o USCIS a respeito de pessoas que não solicitaram benefícios do CalFresh.

Lei de Privacidade e Divulgação: Você está fornecendo dados pessoais durante o processo de solicitação. O Condado usa essas informações para verificar se você está qualificado a receber os benefícios. Se você não fornecer as informações solicitadas, o Condado poderá rejeitar a sua solicitação. Você tem o direito de revisar, modificar ou corrigir quaisquer informações que fornecer ao Condado. O Condado não mostrará as suas informações, nem as entregará a terceiros, a menos que você tenha dado permissão ou que isso seja estabelecido pela lei federal e estadual. 273.2(b)(4) Declaração da Lei de Privacidade.

Pegue uma cópia e guarde para consulta

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

Na qualidade de uma agência do Condado, temos a obrigação de avisar o seguinte a todos os domicílios que solicitem os benefícios do CalFresh ou passem pela nova certificação:

- (i) A coleta destas informações, incluindo o número de Seguridade Social (SSN) de cada morador do domicílio, está autorizada pela Lei do Vale Alimentação de 1977, conforme atualizada pela 7 U.S.C. 2011-2036. As informações serão usadas para determinar se o seu domicílio está qualificado ou continua tendo qualificação para participar do programa CalFresh. Verificaremos tais informações por meio de programas de associação computadorizada, incluindo o Sistema de Verificação de Rendas e Ganhos (IEVS). Tais informações também serão usadas para monitorar a gestão e o cumprimento dos regulamentos do programa.
- (ii) Tais informações podem ser divulgadas a outras agências federais e estaduais para fins de revisão oficial, assim como para oficiais de imposição da lei para fins de apreensão de indivíduos que sejam fugitivos da lei.
- (iii) Se uma reivindicação for feita pelo CalFresh contra o seu domicílio, as informações contidas nesta solicitação, incluindo os números de Seguridade Social, poderão ser encaminhadas para agências federais e estaduais, assim como agências privadas de cobrança em caso de cobrança exigida judicialmente.

Pegue uma cópia e guarde para consulta

(iv) O fornecimento das informações solicitadas sobre cada morador do domicílio, incluindo o número de Seguridade Social, é um ato voluntário. No entanto, se não fornecer o número de Seguridade Social, os benefícios do CalFresh serão negados a cada indivíduo que não fornecer tal número. Quaisquer números de Seguridade Social serão usados e divulgados da mesma maneira que os números dos moradores qualificados do domicílio.

O Condado poderá entrar em contato com o USCIS para verificar o status de imigração dos moradores do domicílio que estão solicitando os benefícios. As informações que o Condado obtiver de tais agências poderão afetar a sua qualificação e os níveis dos benefícios.

O Condado verificará as suas respostas usando informações disponíveis em bancos de dados eletrônicos, tanto federais como estaduais, que são mantidos pela Secretaria da Receita Federal (IRS), a Administração de Seguridade Social (SSA), a Secretaria da Segurança Nacional (DHS) e/ou uma agência que mantém cadastros do consumidor. Se as informações não forem idênticas, o Condado poderá pedir para você enviar um comprovante.

Uso dos números de Seguridade Social (SSN)

Todos que solicitarem os benefícios do CalFresh precisam fornecer um SSN, se o tiver, ou comprovante de que solicitaram um SSN em seu nome (ex.: carta do Escritório de Seguridade Social). O Condado poderá definir os benefícios do CalFresh para você ou quaisquer moradores do seu domicílio que não fornecerem um SSN. Algumas pessoas não precisam fornecer um SSN para obter auxílio, tais como vítimas de violência doméstica, testemunhas em crimes graves e vítimas do tráfico.

Pegue uma cópia e guarde para consulta

Pagamentos a mais

Isso significa que você recebeu mais benefícios do CalFresh do que deveria ter recebido. Você terá que devolver a quantia a mais, mesmo que o Condado tenha cometido um erro e que isso não tenha sido de propósito. Os seus benefícios poderão ser diminuídos ou interrompidos. O SSN poderá ser usado para coletar os benefícios devidos por meio do tribunal, de outras agências de cobrança ou uma ação governamental de cobrança.

Relatórios

Cada domicílio que receber benefícios do CalFresh deverá enviar um relatório informando certas mudanças. O seu Condado lhe avisará quais mudanças devem ser informadas, além de quando e como o relatório deve ser enviado. Se tais mudanças não forem informadas, os seus benefícios do CalFresh poderão ser diminuídos ou interrompidos. Você também pode informar itens que podem aumentar os seus benefícios, tais como a diminuição da sua renda.

Audiência estadual

Você tem o direito a uma audiência estadual se não concordar com qualquer medida tomada a respeito da sua solicitação ou dos seus benefícios atuais. Você pode solicitar uma audiência estadual dentro de 90 dias após a medida ser tomada pelo Condado e será necessário indicar o motivo da audiência. Você receberá um aviso do Condado sobre a aprovação ou rejeição do seu caso, além de informações sobre como solicitar a audiência estadual. Se você solicitar uma audiência antes de a medida entrar em vigor, você talvez possa manter os seus benefícios do CalFresh até uma decisão ser tomada.

Pegue uma cópia e guarde para consulta

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

Declaração de ausência de discriminação: De acordo com a lei federal de direitos civis e os regulamentos e as políticas de direitos civis do Departamento de Agricultura dos EUA (USDA), suas agências, seus escritórios, seus funcionários e as instituições que participam de ou administram os programas do USDA estão proibidos de discriminar alguém com base em raça, cor, nacionalidade, gênero, religião, necessidade especial, idade e posicionamento político, assim como fazer represália ou retaliação contra alguém por envolvimento em movimentos passados de direitos civis relacionados a qualquer programa ou atividade conduzido e financiado pelo USDA.

Indivíduos com necessidades especiais que precisem de meios alternativos de comunicação para receber informações sobre o programa (ex.: braile, impressão em fonte grande, gravação em áudio, língua de sinais, etc.) deverá entrar em contato com a agência (estadual ou municipal) onde solicitaram os benefícios recebidos. Quem tem deficiência auditiva ou da fala poderá entrar em contato com o USDA pelo Serviço de Comunicação Federal (Federal Relay Service) pelo telefone gratuito (800) 877-8339. Além disso, informações sobre o programa poderão ser disponibilizadas em outros idiomas, além do inglês.

A fim de fazer uma reclamação sobre discriminação, preencha o formulário USDA Program Discrimination Complaint (AD 3027), que está disponível no endereço http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, ou em qualquer escritório do USDA. Você também pode (a) entrar em contato com o Coordenador de Direitos Civis (Civil Rights Coordinator) do seu Condado, (b) escrever uma carta endereçada ao USDA fornecendo todas as informações solicitadas no formulário, ou (c) escrever para o Departamento de Serviços Sociais da Califórnia (CDSS)

Pegue uma cópia e guarde para consulta

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

No endereço indicado abaixo. Para solicitar uma cópia do formulário de reclamações, ligue para (866) 632-9992. Envie o seu formulário preenchido ou uma carta para o USDA usando um dos seguintes métodos:

(1) Correio: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, S.W.
Washington D.C. 20250-9410

CDSS
Civil Rights Bureau
P.O.BOX 944243, M.S. 8-16-70
Sacramento, CA 94244-2430
1-866-741-6241 (ligação gratuita)

(2) fax: (202) 690-7442; or

(3) e-mail: program.intake@usda.gov

Esta instituição não faz discriminações durante a contratação.

Revisão dos arquivos do caso

O seu caso poderá ser selecionado para passar por revisão adicional a fim de confirmar que a sua qualificação foi calculada corretamente. Você precisa cooperar completamente com os funcionários federais, estaduais ou do Condado durante uma investigação ou revisão, incluindo as revisões de controle de qualidade. Falha ao colaborar com tais revisões poderá causar a perda dos seus benefícios.

Pegue uma cópia e guarde para consulta

Regras de trabalho do CalFresh

O Condado poderá designá-lo para um programa de trabalho. O Condado indicará se essa designação é voluntária ou se você é obrigado a seguir o programa de trabalho. Se a sua atividade de trabalho for obrigatória e você não a cumprir, os seus benefícios poderão ser diminuídos ou interrompidos. Talvez você não se qualifique a receber o CalFresh se deixou um emprego recentemente sem uma justificativa razoável.

Uso do EBT

Quaisquer benefícios retirados da sua conta antes de você, outro morador do seu domicílio ou um representante autorizado denunciar que o cartão do EBT ou o PIN foram perdidos ou roubados **NÃO** serão reembolsados.

Qualquer tipo de uso do cartão EBT feito por você, um morador do seu domicílio ou representante autorizado, assim como qualquer pessoa para quem você entregar voluntariamente o seu cartão EBT ou PIN, será considerado um uso aprovado por você e os benefícios serão debitados da sua conta e **NÃO** serão reembolsados.

Você **NÃO** será reembolsado pelos benefícios usados indevidamente se não denunciar que alguém que você não quer que use os seus benefícios tem o seu PIN ou se não trocar o seu PIN.

Pegue uma cópia e guarde para consulta

OBSERVAÇÕES

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

Use tinta preta ou azul no preenchimento para facilitar a leitura e a cópia. Escreva as suas respostas com letra de forma. Se precisar de mais espaço para responder às perguntas, use a seção "Espaço adicional para escrita" na página 10 e anexe folhas adicionais se precisar fornecer mais informações. Lembre-se de identificar cada pergunta que estiver respondendo no espaço extra ou nas folhas adicionais.

1. INFORMAÇÕES DO SOLICITANTE

Nome (nome, nome do meio e sobrenome)	Outros nomes (nome de solteira, apelidos, etc)	Número de seguridade social (se tiver e estiver solicitando benefícios)	
Endereço ou indicações para chegar ao seu domicílio	Cidade	Estado	Código Postal
Endereço para correspondência (se for diferente do indicado acima)	Cidade	Estado	Código Postal

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

AUTORIZAÇÃO DE CONTATO

Indique ao Condado qual é a melhor maneira de entrarmos em contato com você. Isso ajudará no processamento da sua solicitação. Ao fornecer as suas informações de contato abaixo, você está autorizando o Condado a entrar em contato com você por telefone, e-mail ou mensagem de texto, ou a deixar uma mensagem de voz sobre a sua solicitação.

Telefone de casa	Celular	Marque a opção para receber SMS
Telefone do trabalho/alternativo/para mensagens	Endereço de e-mail	

Você está desabrigado? Sim Não Se responder **SIM**, avise o Condado imediatamente de que está desabrigado para ajudarmos a determinar um endereço a ser usado para aceitarmos a sua solicitação e enviarmos avisos do Condado sobre o seu caso.

Qual idioma prefere ler (diferente do inglês)? _____

Qual idioma prefere falar (diferente do inglês)? _____

O Condado disponibilizará um intérprete gratuitamente. Se tiver deficiência auditiva, marque esta opção.

Você ou alguém no seu domicílio tem alguma necessidade especial (pergunta opcional)? (Marque uma opção) Sim Não

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

Você ou alguém no seu domicílio precisa de acomodações para uma necessidade especial? (pergunta opcional)? (Marque uma opção)

Sim Não

Você tem um histórico de violência/abuso doméstico? (pergunta opcional)?

Sim Não

Você tem interesse em solicitar os serviços do Medi-Cal? Se a sua resposta for **SIM**, o Condado usará as suas respostas para verificar se você pode receber os serviços do Medi-Cal.

Sim Não

A renda bruta mensal do seu domicílio é inferior a US\$ 150 e a quantia disponível em dinheiro ou na conta corrente ou poupança é de US\$ 100 ou inferior?

Sim Não

A renda bruta mensal do seu domicílio, combinada à quantia disponível em dinheiro ou na conta corrente ou poupança, é inferior às despesas totais com habitação do seu domicílio (aluguel/hipoteca e serviços públicos?)

Sim Não

Você é imigrante ou trabalhador rural de temporada e os recursos líquidos do seu domicílio não ultrapassam US\$ 100 e (1) a sua renda foi interrompida ou (2) você não receberá mais de US\$ 25 nos próximos 10 dias?

Sim Não

Ao assinar este formulário sob pena de perjúrio (declarações falsas), compreendo que:

- Li ou leram para mim as informações do presente formulário e as minhas respostas às perguntas deste formulário.

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

- As minhas respostas às perguntas são verdadeiras e corretas de acordo com o meu melhor conhecimento.
- Quaisquer respostas que eu dê durante o meu processo de solicitação serão verdadeiras e corretas de acordo com o meu melhor conhecimento.
- Eu li ou leram o conteúdo para mim e eu compreendo e concordo com os Direitos e deveres do programa CalFresh (Regras do programa, página 1-4).
- Eu li ou leram para mim as Regras e penalidades do programa CalFresh (Regras do programa, página 4-8).
- Compreendo que é fraude fazer declarações falsas ou enganosas e omitir ou esconder fatos para estabelecer a minha qualificação para o CalFresh. A fraude pode resultar em uma ação criminal contra mim e/ou serei impedido durante um determinado período (ou a vida inteira) de receber benefícios do CalFresh.
- Compreendo que os números de Seguridade Social ou o status de imigração dos moradores do meu domicílio que estão solicitando os benefícios poderão ser compartilhados com as devidas agências governamentais, conforme exigido pela lei federal.

Assinatura do solicitante (ou morador adulto do domicílio/representante autorizado*/responsável

Data

***Se você tem um representante autorizado, responda à Pergunta 2 na próxima página.**

2. REPRESENTANTE AUTORIZADO DO DOMICÍLIO:

Você pode autorizar alguém com 18 anos ou mais para ajudar o seu domicílio a receber os benefícios do CalFresh. Essa pessoa poderá falar por você em uma entrevista, ajudá-lo a preencher os formulários, fazer compras para você e informar as mudanças em seu nome. Você terá que reembolsar os benefícios que pode acabar recebendo por engano por causa das informações que tal pessoa fornecer ao Condado, assim como quaisquer benefícios que você não queria que eles gastassem também não serão reembolsados. Se você é um representante autorizado, precisará fornecer ao Condado um comprovante para a sua identidade, assim como para a identidade do solicitante.

Você quer indicar alguém para ajudá-lo com o seu caso do CalFresh?

(Marque uma opção) Sim Não Se a resposta for **SIM**, preencha a seguinte seção:

Nome do representante autorizado	Telefone do representante autorizado
----------------------------------	--------------------------------------

Você quer indicar alguém para receber e gastar os benefícios do CalFresh em nome do seu domicílio?(Marque uma opção)

Sim Não

Se a resposta for SIM, preencha a seguinte seção:

Nome	Telefone		
Endereço	Cidade	Estado	Código Postal

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

3. RAÇA/ETNIA

As informações sobre raça e etnia são opcionais. Solicitamos tais informações para garantir que os benefícios são distribuídos independentemente da raça, cor ou nacionalidade do solicitante. As suas respostas não afetarão a sua qualificação ou quantia do benefício. Marque todas as opções válidas. A lei indica que o Condado precisa cadastrar o seu grupo étnico ou raça.

- Marque esta opção se você não quiser fornecer ao Condado as informações sobre raça e etnia. Se você não fornecer, o Condado marcará tais informações somente para fins estatísticos de direitos civis.

ETNIA	Você é hispânico ou latino? (Marque uma opção) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Se você for hispânico ou latino, você se considera: <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Porto-riquenho <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Outro _____

RAÇA/ORIGEM ÉTNICA

- Branco Indígena americano ou nativo do Alasca Negro ou afro-americano
- Outro Mestiço _____
- Asiático (se marcar esta opção, selecione uma ou mais alternativas a seguir:)
- Filipino Chinês Japonês Cambojano Coreano Vietnamita
- Indiano Laociano Outro asiático (especificar) _____

RAÇA/ORIGEM ÉTNICA - (Continuação)

- Nativo do Havaí ou de outra ilha do Pacífico (se marcar esta opção, selecione uma ou mais alternativas a seguir):
- Nativo do Havaí Guamês ou Chamorro Samoano
-

4. PREFERÊNCIA PARA ENTREVISTA

Você ou outro adulto do domicílio precisará fazer uma entrevista com o Condado para falar sobre a sua solicitação e receber os benefícios do CalFresh. As entrevistas do CalFresh geralmente são feitas por telefone, a menos que possa ser entrevistado ao entregar a sua solicitação ao Condado pessoalmente ou preferir fazer a entrevista presencial. As entrevistas presenciais acontecerão somente durante o expediente do Condado.

- Marque esta opção se preferir fazer uma entrevista presencial.
- Marque esta opção se precisar de acomodações por causa de uma necessidade especial.

Marque as opções abaixo com o dia e o horário preferidos para a sua entrevista:

Dia: Hoje Próximo disponível Qualquer dia Segunda Terça
 Quarta Quinta Sexta

Horário: Cedo pela manhã No meio da manhã À tarde No meio da tarde Em qualquer horário

5. OUTROS PROGRAMAS

Você ou alguém no seu domicílio já recebeu auxílio público (assistência temporária para famílias carentes, Medicaid, Programa de Assistência Suplementar de Nutrição [CalFresh], Assistência Geral (GA) / Auxílio Geral (GR), etc.)? (Marque uma opção) Sim Não

Se **SIM**, quem?

Onde (Condado/Estado)?

Se **SIM**, quem?

Onde (Condado/Estado)?

6a. INFORMAÇÕES DO DOMICÍLIO

Preencha as seguintes informações sobre todos os moradores do seu domicílio com quem compra alimentos ou prepara refeições (incluindo você). **Se estiver enviando esta solicitação em nome de alguém que não é cidadão, preencha as respostas 6b e 6c. Se a resposta for NÃO, pule para a pergunta 6d.**

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

O número de Seguridade Social é opcional para os moradores que não estiverem solicitando benefícios. Você precisa responder às perguntas abaixo para cada indivíduo que estiver solicitando benefícios.

Solicitação de benefícios (✓ Marque Sim ou Não)	Nome (Sobrenome, nome, inicial do meio)	Qual é o seu nível de parentesco com essa pessoa?	Data de Nascimento	Sexo (M ou F)	Cidadão dos EUA ou naturalizado (✓ Marque Sim ou Não) Se a resposta for NÃO, preencha a resposta 6b abaixo	Número de Seguridade Social
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		EU MESMO			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

Liste os nomes de todos que moram com você, mas com quem você NÃO compra alimentos ou prepara refeições:

Nome	Nome
Nome	Nome

6b. INFORMAÇÃO SOBRE NÃO CIDADÃOS - Preencha para quem está listado na pergunta 6a acima e não é cidadão, mas está solicitando assistência.

NOME	Data de entrada nos EUA (se souber)	Forneça uma das opções (se souber): número do passaporte, cartão de registro de imigrante, etc.	Patrocinado? (✓ Marque Sim ou Não) Se a resposta for SIM, preencha a resposta 6c abaixo:
		Tipo de documento:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		Número do documento:	
		Tipo de documento:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		Número do documento:	
		Tipo de documento:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		Número do documento:	

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

(Marque uma opção)

Alguém listado acima tem pelo menos 10 anos (40 trimestres) de histórico de trabalho ou serviço militar nos EUA?

Sim Não

Se **SIM**, quem? _____

Alguém listado acima tem, solicitou ou pretende solicitar um visto T, U ou VAWA?

Sim Não

Se **SIM**, quem? _____

6c. INFORMAÇÃO SOBRE NÃO CIDADÃOS - Preencha para quem está listado na pergunta 6b acima, é um não cidadão patrocinado e está solicitando assistência.

O patrocinador assinou o formulário I-864? Sim Não

Se a resposta for **SIM**, responda o restante da pergunta. Se o patrocinador assinou o formulário I-134, pule esta pergunta.

O patrocinador ajuda você frequentemente com dinheiro? Sim Não

Se a resposta for **SIM**, com quanto? \$ _____

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

O patrocinador ajuda você frequentemente com o seguinte (marque todas as opções válidas)?

aluguel roupas comida outros _____

Nome do patrocinador	Quem é patrocinado?	Telefone do patrocinador
Nome do patrocinador	Quem é patrocinado?	Telefone do patrocinador

6d. ESTUDANTES

Alguém que está solicitando os benefícios, incluindo você, está frequentando uma faculdade ou escola técnica? (Marque uma opção) Sim Não

Se a resposta for **SIM**, responda esta pergunta. Se a resposta for **NÃO**, pule para a próxima pergunta.

Nome da pessoa	Nome da faculdade/escola	Status da matrícula (✓ Marque uma opção)	A pessoa está trabalhando?
		<input type="checkbox"/> Meio período ou mais <input type="checkbox"/> Menos de meio período Quantidade de unidades: _____	Média de horário de trabalho semanal: _____
		<input type="checkbox"/> Meio período ou mais <input type="checkbox"/> Menos de meio período Quantidade de unidades: _____	Média de horário de trabalho semanal: _____

6e. Você tem filhos de criação (foster children) morando no seu domicílio?

(Marque uma opção)
 Sim Não

Se a resposta for **SIM**, quem? _____

Responda as seguintes perguntas sobre as crianças:

Essas crianças foram designadas ao seu domicílio mediante ordem judicial de dependência? Sim Não

Você quer que os filhos de criação sejam contados no seu caso do CalFresh? Sim Não

Se a resposta for **SIM**, a renda resultante do acolhimento do filho de criação será incluída na renda não resultante de emprego.

Se a resposta for **NÃO**, a renda resultante do acolhimento do filho de criação NÃO será incluída na renda não resultante de emprego.

7. RENDA NÃO RESULTANTE DE EMPREGO

Você ou alguém com quem compra alimentos e prepara refeições tem uma renda que não é associada a trabalho (renda não resultante de emprego)?

(Marque uma opção) Sim Não

Se a resposta for **SIM**, responda esta pergunta. Se a resposta for **NÃO**, pule para a próxima pergunta.

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

Verifique todos os tipos de renda não resultante de emprego, de acordo com estes exemplos (podem haver outros casos não listados aqui):

- Seguridade Social
- SSI/SSP
- Auxílio em dinheiro
- CalWORKs/TANF/GA/GR/CAPI
- Alojamento e refeições (de um inquilino)
- Pensão
- Pensão alimentícia
- Pagamento do governo/ferroviário por motivo de invalidez ou aposentadoria
- Benefícios de veteranos de guerra ou pensão militar
- Auxílio financeiro (bolsas, empréstimos ou prêmios acadêmicos)
- Presente em dinheiro
- Seguro desemprego/Seguro Estadual de Invalidez (SDI)
- Compensação trabalhista
- Prêmio de loteria/jogos de azar
- Auxílio com aluguel/comida/roupas
- Acordos jurídicos ou de seguro
- Seguro por invalidez ou plano de aposentadoria privada
- Benefícios após greve
- Outros _____

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

A pessoa está recebendo o dinheiro	De onde?	Quanto?	Com qual frequência? (uma única vez, semanalmente, mensalmente, outros)	Terá continuidade (✓ Marque Sim ou Não)
		\$		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		\$		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		\$		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		\$		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Se você não espera que essa renda tenha continuidade, explique o porquê:

8. RENDA RESULTANTE DE EMPREGO

Você ou alguém com quem compra alimentos e prepara refeições tem uma renda associada a trabalho (renda resultante de emprego)?

(Marque uma opção)

Sim Não

Se a resposta for **SIM**, responda esta pergunta. Se a resposta for **NÃO**, pule para a pergunta 9.

OBS: Se você for trabalhador autônomo, preencha a resposta 8a.

Liste a renda total antes do imposto e de outras deduções (renda bruta).

Exemplos de renda resultante de emprego (trabalho em período integral, temporário, de temporada ou treinamento, além de outras opções não listadas aqui):

- Remuneração
- Comissão
- Gorjeta
- Salário
- Renda acadêmica (para estudantes)

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

Pessoa que trabalha	Nome e endereço do empregador	Telefone do empregador	Tarifa por hora	Média de horas por semana	Frequência do pagamento? (uma única vez semanalmente, mensalmente, outros)	Renda bruta total recebida este mês	Terá continuidade? (✓ Marque Sim ou Não)
							<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
			\$			\$	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
			\$			\$	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
			\$			\$	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
			\$			\$	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Se você não espera que essa renda tenha continuidade, explique o porquê:

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

Alguém perdeu, trocou ou deixou o emprego ou diminui as horas de trabalho nos últimos 60 dias? (Marque uma opção) Sim Não

Se sim , quem?	Data em que perdeu, deixou ou mudou de emprego	Data do último pagamento
-----------------------	--	--------------------------

Motivo?

Alguém está de greve? (Marque uma opção) Sim Não

Se sim , quem?	Data de início da greve	Data do último pagamento
-----------------------	-------------------------	--------------------------

Motivo?

8a. TRABALHO AUTÔNOMO

Os moradores do domicílio que realizarem trabalho autônomo poderão deduzir despesas de autônomo ou abater os 40% padrão da renda resultante de trabalho autônomo. Se você selecionar despesas concretas, precisará apresentar os respectivos comprovantes para o Condado.

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

Pessoa que realiza trabalho autônomo	Data em que começou a atuar como autônomo	Tipo de atividade e nome da empresa	Renda bruta mensal	Despesas de autônomo (✓ Marque uma opção)
			\$	<input type="checkbox"/> Taxa única de 40% <input type="checkbox"/> Despesas concretas \$ _____
			\$	<input type="checkbox"/> Taxa única de 40% <input type="checkbox"/> Despesas concretas \$ _____
			\$	<input type="checkbox"/> Taxa única de 40% <input type="checkbox"/> Despesas concretas \$ _____
			\$	<input type="checkbox"/> Taxa única de 40% <input type="checkbox"/> Despesas concretas \$ _____
			\$	<input type="checkbox"/> Taxa única de 40% <input type="checkbox"/> Despesas concretas \$ _____

9. DESPESAS COM OS CUIDADOS DE CRIANÇAS/ADULTOS NO DOMICÍLIO

Você ou alguém com quem compra alimentos e prepara refeições paga por cuidados com crianças, adultos com necessidades especiais ou outros dependentes para que você ou a outra pessoa possa trabalhar, estudar, fazer treinamento profissional ou procurar emprego? (Marque uma opção) Sim Não

Se a resposta for **SIM**, responda esta pergunta. Se a resposta for **NÃO**, pule para a próxima pergunta

Quem recebe os cuidados?	Quem presta os cuidados? (Nome e endereço do cuidador)	Quantia paga?	Frequência do pagamento: (Semanalmente/ mensalmente, outros)
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

Alguém ajuda o seu domicílio a pagar o valor integral ou parcial das despesas com cuidados prestados às crianças ou aos adultos listados acima? Sim Não

Se a resposta for **SIM**, preencha abaixo:

Quem recebe os cuidados?	Quem ajuda a pagar?	Quantia paga?	Frequência do pagamento (Semanalmente/ mensalmente, outros)
		\$	
		\$	

10. PAGAMENTOS DE PENSÃO ALIMENTÍCIA

Você ou alguém com quem compra alimentos e prepara refeições tem a obrigação de pagar pensão alimentícia, incluindo pensão retroativa? Sim Não

Se a resposta for **SIM**, responda esta pergunta. Se a resposta for **NÃO**, pule para a próxima pergunta.

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

Quem paga pensão alimentícia?	Nome das crianças a quem a pensão é paga:	Quantia paga?	Frequência do pagamento (Semanalmente/ mensalmente, outros)
		\$	
		\$	

11. DESPESAS DO DOMICÍLIO

Você ou alguém com quem compra alimentos e prepara refeições é responsável por quaisquer despesas do domicílio? Sim Não

Se a resposta for SIM, responda esta pergunta. Se a resposta for NÃO, pule para a próxima pergunta.

OBS.: Não informe a quantia paga por assistência habitacional, tais como HUD ou Section 8. Aquecimento, arrefecimento, telefone, outros serviços públicos e abrigo para desabrigados são subsídios fixos e você não precisa preencher a quantia devida.

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

Tipo de despesas	Tem despesas? (Marque uma opção)	Quem paga?	Quantia devida	Frequência da cobrança (Semanalmente/ mensalmente, outros)
Aluguel ou pagamento da moradia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		\$	
Imposto predial e seguro (se cobrados separadamente do aluguel ou da hipoteca)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		\$	
Gás, eletricidade ou outro combustível usado para aquecimento ou arrefecimento, tais como lenha ou botijão de gás (se cobrados separadamente do aluguel ou da hipoteca)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Telefone/celular	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Despesas com abrigo para desabrigados	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Água, esgoto e coleta de lixo	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

Alguém que <u>NÃO</u> mora no seu domicílio o ajuda a pagar pelas despesas listadas acima? (Marque uma opção) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se a resposta for SIM , preencha abaixo.	Quem ajuda a pagar?	Quanto? \$	Frequência do pagamento?
--	----------------------------	----------------------	---------------------------------

O seu domicílio recebe ou espera receber pagamentos do Programa de Assistência para Eletricidade em Domicílio de Baixa Renda (LIHEAP)? (Marque uma opção)
 Sim Não

12. DESPESAS MÉDICAS

Você ou alguém com quem compra alimentos e prepara refeições é idoso (60 anos ou mais) ou tem necessidades especiais e tem gastos próprios com despesas médicas? Sim Não

Se a resposta for **SIM**, responda esta pergunta. Se a resposta for **NÃO**, pule para a próxima pergunta.

Liste as despesas que espera ter num futuro próximo.

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

As despesas médicas qualificadas são: (Marque todas as opções válidas)

- Assistência médica ou dentária
- Hospitalização, tratamento ambulatorial, cuidados de enfermagem
- Medicamentos com receita
- Mensalidade da apólice do plano de saúde ou hospitalização
- Mensalidades do Medicare (despesas compartilhadas pelo Medi-Cal, etc.)
- Dentaduras, aparelhos auditivos ou próteses
- Manutenção de um acompanhante por motivo de idade, doença ou debilidade
- Quantidade de refeições do acompanhante e a respectiva quantia
- Remédios sem receita
- Despesas com transporte (milhas ou taxa) e acomodação para obter tratamentos ou serviços médicos
- Óculos ou lentes de contato de grau
- Suprimentos ou equipamentos médicos com receita
- Despesas com animais de serviço (alimentação, veterinário, etc.)

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

Nome do idoso/da pessoa com necessidades especiais	Quantia das despesas	Frequência do pagamento (Semanalmente/mensalmente, outros)	Qual é o tipo de despesa? (Remédios com receita, dentadura, qde. de refeições por acompanhante, etc.)	O domicílio será reembolsado por alguma despesa médica? (pelo Medi-Cal, plano de saúde, membro da família, etc.)
	\$			Se sim , por quem? Quanto?: \$
	\$			Se sim , por quem? Quanto? \$
	\$			Se sim , por quem? Quanto? \$
	\$			Se sim , por quem? Quanto? \$

13. Alguém que está solicitando os benefícios, incluindo você, recebe alimentação de uma destas fontes? (Marque uma opção) Sim Não

Se a resposta for **SIM**, responda esta pergunta. Se a resposta for **NÃO**, pule para a próxima pergunta.

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

- | | | |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Instalações comunitárias de jantar para idosos/pessoas com necessidades especiais | <ul style="list-style-type: none"> • Programa de distribuição de alimentos operado pela reserva indígena | <ul style="list-style-type: none"> • Outro programa alimentar |
|---|---|--|

Se **SIM**, quem?

Onde?

Se **SIM**, quem?

Onde?

14. Alguém que está solicitando os benefícios, incluindo você, mora em um destes locais? (Marque uma opção) Sim Não

Se a resposta for **SIM**, responda esta pergunta. Se a resposta for **NÃO**, pule para a próxima pergunta.

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Abrigo para desabrigados • Abrigo para mulheres que foram vítimas de violência doméstica • Reserva indígena • Centro de reabilitação para dependentes químicos • Centro de correção/Instituição penal (<i>cadeia ou prisão</i>) | <ul style="list-style-type: none"> • Moradia coletiva para cegos/ deficientes visuais • Moradia subsidiada federalmente • Hospital psiquiátrico/instituição mental • Hospital • Instalações de cuidados em longo prazo |
|---|---|

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

Nome da pessoa	Nome da instituição (centro, abrigo, instalação, etc.)	Data prevista da alta (se houver)

15. Você ou alguém com quem mora tem 60 anos ou mais e não pode comprar alimentos ou preparar refeições por ter necessidades especiais? (Marque uma opção) Sim Não

SE **SIM**, QUEM? _____

16. RECURSOS DO DOMICÍLIO

Você ou alguém para quem você compra e prepara alimentos possui quaisquer recursos (dinheiro, dinheiro no banco, certificado de depósito, ações e títulos, etc.)? Sim Não

Se a resposta for **SIM**, responda esta pergunta. Se a resposta for **NÃO**, pule para a próxima pergunta.

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

Marque todas as opções válidas:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Conta em banco/cooperativa de crédito (conta corrente) | <input type="checkbox"/> Títulos do governo | <input type="checkbox"/> Dinheiro vivo |
| <input type="checkbox"/> Conta em banco/cooperativa de crédito (poupança) | <input type="checkbox"/> Conta no mercado financeiro | <input type="checkbox"/> Ações |
| <input type="checkbox"/> Cofre | <input type="checkbox"/> Fundos mútuos de investimento | <input type="checkbox"/> Títulos públicos |
| | <input type="checkbox"/> Certificado de Depósito (CD) | <input type="checkbox"/> Outro: _____ |

Se a conta for conjunta com outra pessoa, indique abaixo.

Para cada opção marcada acima, preencha as seguintes informações.

O recurso financeiro está em nome de quem?	Qual é o tipo de recurso?	Quanto vale?	Onde está o recurso? (Inclua o nome do banco ou a empresa onde o dinheiro se encontra)
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

Você ou alguém no seu domicílio vendeu, trocou, doou ou transferiu um recurso financeiro nos últimos três meses? (Marque uma opção) Sim Não

17. BENEFÍCIOS DUPLICADOS

Você ou algum morador do seu domicílio foi condenado ao receber de maneira fraudulenta benefícios duplicados do SNAP (nome do programa federal de assistência alimentícia, conhecido como CalFresh na Califórnia) em algum estado depois de 22 de setembro de 1996? (Marque uma opção) Sim Não

Se **SIM**, quem? _____

18. TRÁFICO (VENDA OU TROCA) DE BENEFÍCIOS

Você ou algum morador do seu domicílio foi condenado por tráfico (troca ou venda de cartões EBT a terceiros) envolvendo benefícios do SNAP na quantia de US\$ 500 ou mais depois de 22 de setembro de 1996? (Marque uma opção) Sim Não

Se **SIM**, quem? _____

19. TROCA DE BENEFÍCIOS POR DROGAS

Você ou algum morador do seu domicílio foi condenado ao trocar benefícios do SNAP por drogas depois de 22 de setembro de 1996? (Marque uma opção) Sim Não

Se **SIM**, quem? _____

20. TROCA DE BENEFÍCIOS POR ARMAS DE FOGO OU EXPLOSIVOS

Você ou algum morador do seu domicílio foi condenado ao trocar benefícios do SNAP por armas, munição ou explosivos depois de 22 de setembro de 1996? (Marque uma opção) Sim Não

Se **SIM**, quem? _____

21. CONDENADO FUGITIVO

Você ou algum morador do seu domicílio está escondido ou foragido para evitar condenação, acusação ou prisão por um delito concreto ou tentativa de delito? (Marque uma opção) Sim Não

Se **SIM**, quem? _____

22. VIOLAÇÃO DA LIBERDADE CONDICIONAL

Você ou algum morador do seu domicílio foi condenado pelo tribunal por violar a liberdade condicional? (Marque uma opção) Sim Não

Se **SIM**, quem? _____

Espaço adicional para escrita

Espaço adicional para escrita

NÃO PREENCHA - USO EXCLUSIVO DO MUNICÍPIO

IF THE ANSWER IS Sim TO ANY OF THE QUESTIONS BELOW - EXPEDITE

Is the household's gross income less than \$150 and cash on hand, or in checking and savings accounts \$100 or less? Yes No

Is the household's combined gross income and cash on hand or on checking and savings accounts less than the combined rent/mortgage and appropriate utility allowance? Yes No

Is the household a destitute migrant/seasonal farm worker household with liquid resources Nãoot exceeding \$100 and does Nãoot expect to receive more than \$25 in next 10 days? Yes No