

**AVISO CALFRESH DE  
VENCIMENTO DA CERTIFICAÇÃO  
PARA DOMICÍLIOS SOMENTE COM  
IDOSOS E/OU PESSOAS COM  
NECESSIDADES ESPECIAIS**

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 de estado: Se você acredita que esta ação é incorreta, você pode solicitar uma audiência. As instruções estão na página três e quatro. Seus benefícios não podem ser alterados, caso você solicite uma audiência antes que esta ação se efetive.**

1. O seu Certificado CalFresh vai vencer em \_\_\_\_\_.  
(MM/DD/AAAA)
2. Preencha o formulário inteiro e envie-o ao condado até: \_\_\_\_\_  
(MM/DD/AAAA)

Solicitações recebidas após o prazo podem causar atrasos no pagamento do benefício. Se você não preencher o formulário, o seu caso poderá ser abandonado. Se o seu caso for abandonado, você terá até 30 dias após o fim do período de certificação para completar os passos necessários. Dependendo do motivo do atraso, você poderá receber somente benefícios parciais durante o primeiro mês do novo período de certificação.

3. Talvez não seja necessário fazer uma entrevista. Com base nas informações que fornecer, o condado talvez precise entrevistar você. As entrevistas são feitas pelo telefone, a menos que você solicite uma entrevista pessoalmente. Se tiver uma necessidade especial e precisar de ajuda, informe o seu condado imediatamente.
4. Você pode ligar para o condado para solicitar uma entrevista, se quiser. Se o condado precisar entrevistar você ou se você solicitar a entrevista, uma carta será enviada para indicar o dia e o horário da entrevista.
5. Se você não puder comparecer à entrevista, a responsabilidade de agendar outro dia é toda sua.
6. Se precisar informar mudanças na renda ou nas despesas, inclua comprovantes na sua solicitação. Os comprovantes de tais mudanças precisam ser apresentados antes do fim do período de certificação. Se precisar de ajuda para obter tais comprovantes, entre em contato conosco. O condado pode ajudar você com isso.

**REGRAS IMPORTANTES**

- O condado avisará você quando será necessário enviar um relatório novamente.
- Se uma das hipóteses abaixo se concretizarem, talvez você precise esperar até 30 dias para receber um aviso sobre a decisão tomada a respeito da continuidade dos seus benefícios.

- Se você não entregar provas das mudanças informadas no formulário de re-certificação antes do fim do período de certificação.
- Você recebe um aviso de que é necessário comparecer a uma entrevista, mas não comparece.
- Você tem o direito de receber um formulário de solicitação do seu condado. O condado precisa aceitar a sua solicitação se o formulário estiver assinado e indicar, pelo menos, o seu nome e endereço.
- Você ou o seu representante autorizado tem o direito de enviar uma solicitação CalFresh entregando o formulário ao condado pessoalmente, pelo correio, por fax ou outro método de transmissão disponível no seu condado (por e-mail ou eletronicamente no endereço <http://www.benefitscal.org>). O tempo de entrega do benefício é calculado a partir da data em que a solicitação for arquivada pelo condado.
- Se o seu domicílio tiver somente membros com Renda de Seguridade Suplementar (SSI), você ou o representante autorizado terão o direito de solicitar CalFresh em qualquer escritório da Administração da Previdência Social.

---

**Regras:** As seguintes regras entram em vigor: Seções MPP CalFresh: 63-300.3, 63-504.25, 63-504.251, 63-504.6, 63-504.61. Você pode consultá-las pela internet no endereço [cdss.ca.gov](http://cdss.ca.gov) ou no escritório local do seu condado.

## **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