

CONDADO DE _____

AVISO DO FOOD STAMP SOBRE RECUSA/DESQUALIFICAÇÃO

(Falha no cumprimento das regras de trabalho do Programa Food Stamp)

Data do aviso: _____

Nome do caso: _____

Número: _____

Nome do funcionário: _____

Número: _____

Telefone: _____

Endereço: _____

(ADDRESSEE)

┌

┐

┌

┐

O condado está agindo dessa forma porque _____ não seguiu as regras de trabalho do Programa Food Stamp (listadas abaixo).

Você foi Recusado / Desqualificado por 1 3 6 meses.

A penalidade será encerrada em _____ (DATA).

O valor dos food stamps de sua residência será alterado de \$ _____ para \$ _____.

O MOTIVO PELO QUAL VOCÊ NÃO MAIS RECEBERÁ OS FOOD STAMPS É QUE VOCÊ FALHOU NO CUMPRIMENTO DE UMA DAS REGRAS DE TRABALHO ABAIXO; VOCÊ DEIXOU DE:

- Inscrever-se para trabalhar.
- Manter seu emprego ou manter-se trabalhando pelo menos 30 horas por semana.
- Participar de trabalho social, pesquisa de emprego ou outra tarefa relacionada a trabalho.
- Fornecer ao condado informações sobre seu histórico profissional, caso esteja apto para trabalho.
- Inscrever-se para trabalho junto a um empregador.
- Aceitar uma boa oferta de trabalho.
- Participar das exigências de trabalho do Programa de Seguro Desemprego (Unemployment Insurance Program).
- Participar das exigências de trabalho do Programa de Assistência Social para o Trabalho (Welfare to Work) do CalWORKs.

Entre em contato conosco se achar que existe uma justificativa para não cumprir a regra de trabalho.

COMO EVITAR A PERDA DE SEUS FOOD STAMPS

Até _____ (DATA), você deve

- Apresentar prova verbal ou escrita de que você está cumprindo as regras de trabalho do Programa Food Stamp.
- Ter um bom motivo para não cumprir a regra de trabalho.
- Estar isento (consulte a lista abaixo).

Dúvidas? Pergunte ao funcionário.

Audiência estadual: Se você acha que esta ação está errada, pode solicitar uma audiência. O verso desta página informa como. Seus benefícios não poderão ser alterados se você solicitar uma audiência antes desta ação ocorrer.

PARA SER ISENTO DAS REGRAS DE TRABALHO, VOCÊ DEVE

- Ter idade abaixo de 16 anos ou igual ou superior a 60 anos;
- Ter 16 ou 17 anos e não ser o chefe da família que recebe o food stamp;
- Ser física ou mentalmente incapaz para trabalho;
- Cumprir as regras do Programa de Assistência Social para o Trabalho (Welfare to Work) do CalWORKs;
- Cuidar de uma criança com menos de 6 anos de idade ou de uma pessoa ferida ou doente;
- Participar de um programa de tratamento contra drogas ou alcoolismo que o impeça de trabalhar durante 30 ou mais horas por semana.
- Receber ou ter-se inscrito para receber benefícios do Seguro Desemprego.
- Estar empregado ou trabalhar por conta própria pelo menos 30 horas por semana ou receber vencimentos semanais pelo menos iguais ao salário mínimo federal multiplicado por 30 horas;
- Frequentar a escola durante pelo menos meio período;

VEJA COMO TER DE VOLTA OS FOOD STAMPS

- A partir de _____ (DATA), você pode obter food stamps se estiver qualificado e concordar em cumprir as regras de trabalho do Programa Food Stamp.
- Caso você se torne isento das regras de trabalho do Programa Food Stamp, pode se inscrever a qualquer momento. (consulte acima a lista de isenções).

COMENTÁRIOS

REGRAS: Essas regras são aplicáveis. Analise-as no seu escritório de assistência social.

Seção do MPP 42-721; 63-407; 63-408;

Outros: _____.

SEUS DIREITOS EM RELAÇÃO A AUDIÊNCIAS

Você tem o direito de solicitar uma audiência se discordar de qualquer ação do condado. Você tem apenas 90 dias para solicitar uma audiência. O período de 90 dias teve início no dia seguinte ao da entrega ou postagem deste aviso.

Se você solicitar uma audiência antes que ocorra uma ação sobre Auxílio em Dinheiro, benefícios médicos, Food Stamp ou assistência infantil:

- Seu Auxílio em Dinheiro ou seus benefícios médicos permanecerão inalterados até a audiência.
- Seus serviços de assistência infantil podem permanecer inalterados até a audiência.
- Seus Food Stamps permanecerão inalterados até a audiência ou até o término do período de sua certificação, o que ocorrer antes.

Se a decisão da audiência nos der razão, você nos deverá qualquer Auxílio em Dinheiro, Food Stamp ou serviços de assistência infantil extras que tiver recebido.

Para nos permitir reduzir ou interromper seus benefícios antes da audiência, assinale abaixo: Sim, reduzir ou interromper:

Auxílio em Dinheiro Food Stamp Assistência infantil

Enquanto você aguarda a decisão de uma audiência para:

Assistência Social para o Trabalho:

Você não precisa participar das atividades.

Você pode receber pagamentos de assistência infantil devido a emprego e a atividades aprovadas pelo condado antes deste aviso.

Se tivermos informado a você que outros serviços de assistência serão suspensos, você não receberá nenhum pagamento, mesmo que exerça sua atividade.

Se tivermos informado a você que pagaremos seus outros serviços de assistência, eles serão pagos no valor e do modo informado neste aviso.

- Para obter esses serviços de assistência, você deve exercer a atividade que o condado recomendou.
- Se o valor dos serviços de assistência pago pelo condado enquanto você aguarda a decisão de uma audiência não for suficiente para permitir sua participação, você poderá deixar de exercer a atividade.

Cal-Learn (programa de educação para pais adolescentes):

- Você não poderá participar do Programa Cal-Learn se tivermos informado que não podemos atendê-lo.
- Só pagaremos serviços de assistência do Cal -Learn por uma atividade aprovada.

OUTRAS INFORMAÇÕES

Membros de planos de assistência Medi-Cal administrada: A ação de que trata este aviso pode interromper a obtenção de serviços de seu plano de assistência médica administrada. Se tiver dúvidas, convém entrar em contato com os serviços de seu plano de saúde.

Assistência infantil e/ou médica: A agência local de assistência infantil ajudará a obter assistência sem custo, mesmo que você não receba auxílio em dinheiro. Se for obtida essa assistência, isso será mantido a menos que você peça por escrito a interrupção. O auxílio financeiro atual será enviado a você, mas será retido o valor vencido que for devido ao condado.

Planejamento familiar: O escritório de assistência social fornecerá informações quando solicitadas.

Pauta de audiência: Se você solicitar uma audiência, a Divisão de Audiências Públicas organizará uma pauta. Você tem o direito de ver essa pauta antes de sua audiência e de obter, com antecedência de pelo menos dois dias, uma cópia da posição do condado sobre seu caso. O estado pode fornecer a pauta de sua audiência ao Departamento de Assistência Social e aos Departamentos de Saúde, Assistência Social e Agricultura dos EUA. **(Seções 10850 e 10950 do Código W&I.)**

PARA SOLICITAR UMA AUDIÊNCIA:

- Preencha esta página.
- Faça uma cópia da frente e do verso desta página, para seu arquivo. Se você solicitar, o funcionário lhe fornecerá uma cópia desta página.
- Envie ou leve esta página para:

OU

- Ligue gratuitamente para: 1-800-952-5253 ou, para portadores de deficiência de audição ou fala que usam TDD (telecomunicações para deficientes auditivos), 1-800-952-8349.

Para obter ajuda: Você pode se informar sobre seus direitos relativos à audiência ou solicitar orientação sobre assistência jurídica nos números de telefone gratuitos listados acima. Você pode obter assistência jurídica gratuita no escritório local de auxílio jurídico ou de direitos sociais.

Se não quiser comparecer à audiência sozinho, pode levar um amigo ou outra pessoa com você.

SOLICITAÇÃO DE AUDIÊNCIA

Desejo uma audiência devido a uma ação do Departamento de Assistência Social do condado de _____ a respeito de meu:

Auxílio em Dinheiro Food Stamp Benefício médico

Outro (listar) _____

Eis a razão: _____

Se precisar de mais espaço, assinale aqui e adicione uma página.

Preciso que o estado me forneça um intérprete, sem custo. (Um parente ou amigo não poder atuar como intérprete em uma audiência.)

Meu idioma ou dialeto é: _____

NOME DA PESSOA CUJOS BENEFÍCIOS FORAM RECUSADOS, ALTERADOS OU SUSPENSOS

DATA DE NASCIMENTO

TELEFONE

ENDEREÇO

CIDADE

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

ASSINATURA

DATA

NOME DA PESSOA QUE PREENCHEU ESTE FORMULÁRIO

TELEFONE

Desejo que a pessoa nomeada abaixo me represente nesta audiência. Dou permissão para que essa pessoa veja meus registros ou compareça à audiência em meu lugar. (Essa pessoa pode ser um amigo ou parente, mas não pode atuar como intérprete para você.)

NOME

TELEFONE

ENDEREÇO

CIDADE

ESTADO

CÓDIGO POSTAL