

# NOTIFICAÇÃO DE AÇÃO

## Continuação

CONDADO DO \_\_\_\_\_

ESTADO DA CALIFÓRNIA  
AGÊNCIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE E HUMANOS  
DEPARTAMENTO CALIFORNIANO DE SERVIÇOS SOCIAIS

Data da Notificação: \_\_\_\_\_  
 NOME DO CASO: \_\_\_\_\_  
 NÚMERO DO CASO: \_\_\_\_\_  
 Nome do trabalhador: \_\_\_\_\_  
 Número/ID: \_\_\_\_\_  
 Telefone: \_\_\_\_\_  
 Informações 24 horas: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_

Perguntas? Pergunte ao seu trabalhador ou ligue para o telefone acima.

**Audiência com o Estado:** caso acredite que esta ação está incorreta, você pode solicitar uma audiência. O verso desta página fornece detalhes. O benefício pode não ser alterado se você solicitar uma audiência antes que esta ação seja oficializada.

Quando você recebe o pagamento a cada semana ou a cada duas semanas, calculamos a sua renda mensal da seguinte maneira:

Primeiro, adicionamos toda a renda mensal e dividimos pelo número total de pagamentos recebidos. Em seguida, multiplicamos o resultado pela média do número de pagamentos em um mês.

- Se você recebe o pagamento a cada semana, poderá receber 4 ou 5 vezes em um mês. O número médio de pagamentos em um mês é de 4,33.
- Se você recebe o pagamento a cada duas semanas, poderá receber 2 ou 3 vezes em um mês. O número médio de pagamentos em um mês é de 2,167.

Aqui estão as suas informações:

_____ de renda informada	\$ _____
	\$ _____
	\$ _____
	\$ _____
	+\$ _____
	+\$ _____
Total informado	+\$ _____
Número de pagamentos informados	÷ _____
Montante semanal	=\$ _____
Multiplicado por	X _____
Montante mensal	=\$ _____

Montante de auxílio em dinheiro mensal

**Seção A. Renda contábil, Mês** \_\_\_\_\_

- Renda de autônomo total ..... \$ \_\_\_\_\_
- Despesas do autônomo:
  - Padrão de 40%..... - \_\_\_\_\_
  - OU
  - Real ..... - \_\_\_\_\_

- Rendimentos líquidos provenientes do trabalho autônomo ..... = \_\_\_\_\_
  - Renda não recebida baseada em incapacidade total (DBI) (Membros da unidade assistencial + membros não pertencentes à unidade assistencial) ..... \$ \_\_\_\_\_
  - Desconsidere DBI de \$225 (se o número 4 for maior que \$225)..... - \_\_\_\_\_
  - Renda baseada em incapacidade não recebida e não isenta ..... = \_\_\_\_\_
  - OU
  - Desconsidere DBI não usado ..... = \_\_\_\_\_
  - Rendimentos líquidos provenientes de trabalho autônomo (baseados nas informações acima) ..... + \_\_\_\_\_
  - Outra renda recebida total..... + \_\_\_\_\_
  - Montante não utilizado de \$225 (do número 7) ..... + \_\_\_\_\_
  - Subtotal ..... = \_\_\_\_\_
  - Desconsidere de 50% da renda recebida ..... - \_\_\_\_\_
  - Subtotal ..... = \_\_\_\_\_
  - Renda baseada em incapacidade não recebida e não isenta (do número 6) ..... + \_\_\_\_\_
  - Subtotal ..... = \_\_\_\_\_
  - Outra renda não isenta (Membros da unidade assistencial + da unidade não assistencial)..... + \_\_\_\_\_
- Renda contábil líquida** ..... = \_\_\_\_\_

**Seção B. Seu auxílio em dinheiro, mês de** \_\_\_\_\_

- Auxílio máximo de \_\_\_\_\_ pessoas (Membros da unidade de assistência + membros não pertencentes à unidade de assistência)..... \$ \_\_\_\_\_
- Necessidades especiais (Membros da unidade assistencial + membros não pertencentes à unidade assistencial) ... + \_\_\_\_\_
- Renda contábil líquida da Seção A (acima)..... - \_\_\_\_\_
- Subtotal ..... = \_\_\_\_\_
- Auxílio de \_\_\_\_\_ indivíduos, no máximo (Unidade de assistência somente) (Excluindo MFG ou indivíduos penalizados) ..... \$ \_\_\_\_\_
- Necessidades especiais (Unidade de assistência somente) ..... + \_\_\_\_\_
- Subtotal de auxílio máximo ..... = \_\_\_\_\_
- Subtotal de auxílio em todo o mês** (Menor montante na Linha 4 ou 7) ..... = \_\_\_\_\_
- Linha 8 rateada para a parte do mês ..... = \_\_\_\_\_
- Ajustes: 25% de penalidade(s) por pensão alimentícia aos filhos ..... - \_\_\_\_\_
  - Outras penalidades ..... - \_\_\_\_\_
  - Pagamento a maior ..... - \_\_\_\_\_
  - Transporte escolar (\$100 ou \$500)..... + \_\_\_\_\_
- Montante de auxílio em dinheiro mensal** (Linha 8 ou 9 ajustada)..... \$ \_\_\_\_\_
- Quantia de auxílio em dinheiro atual (se Essa quantia for maior que O número 11, Seu auxílio em dinheiro não irá se alterar)..... = \_\_\_\_\_

## 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 (Vale-Refeição) 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.
- O CalFresh (Vale-Refeição) permanecerá o mesmo 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 (Vale-Refeição) 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 (Vale-Refeição)  Child Care (creche)

**Enquanto aguarda pela decisão da audiência referente à(ao):**

**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 impedi-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 (Vale-Refeição)

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