

# NOTIFICAÇÃO DE AÇÃO

MUNICÍPIO DE \_\_\_\_\_

STATE OF CALIFORNIA  
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY  
CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Data da notificação : \_\_\_\_\_  
Caso : \_\_\_\_\_  
Nome : \_\_\_\_\_  
Número : \_\_\_\_\_  
Funcionário : \_\_\_\_\_  
Nome : \_\_\_\_\_  
Número : \_\_\_\_\_  
Telefone : \_\_\_\_\_  
Endereço : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(ADDRESSEE)

┌  
└

Dúvidas? Pergunte ao Funcionário.

**Audiência Estadual: Se você achar que esta ação é indevida, poderá solicitar uma audiência. Seus benefícios não poderão ser alterados se você solicitar uma audiência antes que essa ação ocorra. Se você e o seu município discordarem ou se você não obteve resposta do funcionário, não espere para solicitar uma audiência. Você deve solicitar uma audiência antes de um certo número de dias. Consulte o verso desta notificação para obter mais informações e para descobrir como solicitar uma audiência.**

\_\_\_\_\_, nossos registros mostram que você não:

- Assinou o plano Welfare-to-Work no dia \_\_\_\_\_.
- Participou do \_\_\_\_\_ em \_\_\_\_\_.
- Teve um bom progresso em sua atividade de \_\_\_\_\_ devido a \_\_\_\_\_.
- Aceitou um trabalho em \_\_\_\_\_.
- Manteve seu trabalho em \_\_\_\_\_.
- Manteve o mesmo valor de ganhos.

**O valor do seu auxílio monetário não mudará.**

## PRECISAMOS FALAR COM VOCÊ

Para permanecer no Welfare-to-Work, precisamos conversar com você sobre esse problema. Um compromisso foi agendado para você no dia \_\_\_\_\_, às \_\_\_\_\_ horas, em \_\_\_\_\_. Se você precisar de transporte ou de creche para ir a essa reunião, ligue para seu funcionário do Welfare-to-Work no número de telefone listado abaixo.

Nome do funcionário do Welfare-to-Work: \_\_\_\_\_

Número de telefone: \_\_\_\_\_

Se você não puder comparecer à reunião, você deve ligar para seu funcionário marcar uma nova hora. A menos que você tenha um bom motivo, você pode alterar essa reunião apenas uma vez. Você também pode ligar para seu funcionário para conversar sobre o problema em vez de comparecer à reunião. Você deve ligar para seu funcionário para definir um novo horário para a reunião, ou conversar sobre seu problema por telefone até \_\_\_\_\_.

Quando você falar com seu funcionário, ele perguntará se você teve um bom motivo ("boa causa") para não fazer o que lhe foi solicitado. Se verificarmos que você tem um bom motivo, você não será retirado do Welfare-to-Work devido a esse problema. Alguns exemplos de bons motivos são não ter acesso a creche/babá ou não ter transporte. Para ver outros bons motivos, consulte o formulário "Solicitação de determinação de boa causa" enviado com esta notificação.

Se você não tiver um bom motivo para não fazer o que lhe pedimos, é possível concordar com um plano de conformidade para cumprir as regras do Welfare-to-Work. Não o removeremos do Welfare-to-Work se você concordar com um plano de conformidade e depois o seguir. Se você concordar com um plano de conformidade e depois não o seguir, você será removido do Welfare-to-Work. Se isso acontecer, você receberá uma notificação separada.

## COMO PERMANECER NO WELFARE-TO-WORK

A partir de \_\_\_\_\_, você será removido do Welfare-to-Work, a menos que mostre que teve um bom motivo para não fazer o que pedimos. Se você não tiver um bom motivo, é possível concordar com um plano de conformidade para permanecer no Welfare-to-Work. Se você não concordar com um plano de conformidade, você não receberá outra notificação antes de ser retirado do Welfare-to-Work.

Não pagaremos por transporte, despesas relacionadas a treinamento ou trabalho caso você não esteja no Welfare-to-Work. Podemos pagar serviços de creche se você trabalhar ou estudar.

## COMO VOLTAR PARA O WELFARE-TO-WORK

Se você foi retirado do Welfare-to-Work, pode voltar novamente no futuro. Para descobrir se você poderá participar novamente e o que deve fazer, telefone para o município em \_\_\_\_\_.

**PRECISA DE ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA?** Obtenha ajuda gratuita com este problema em:

Escritório de assistência judiciária local: ( ) \_\_\_\_\_

Organização Estadual de Direitos de Assistência Social: ( ) \_\_\_\_\_

**CalFresh:** se o não cumprimento da relação do Welfare-to-Work também incorrer em uma penalidade de CalFresh, você não poderá receber benefícios de CalFresh. Se houver uma penalidade de CalFresh, você receberá outra notificação indicando por quanto tempo os benefícios de CalFresh serão interrompidos.

**Medi-Cal:** Esta notificação NÃO altera nem interrompe os benefícios Medi-Cal. **Continue usando o(s) seu(s) Cartão(ões) plástico(s) de Identificação de Benefícios.**

**Regras:** as seguintes regras são aplicadas: CalWORKs MPP § 42-712 (isenções) 42-713 (justa causa); 42-721 (não conformidade e justa causa). CalFresh MPP § 63-407.521. Você pode revisar essas regras em seu escritório de assistência social.

## 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 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.
- Os benefícios de CalFresh permanecerão os mesmos 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 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  Child Care (creche)

Enquanto aguarda pela decisão da audiência referente à(o):  
**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 impedir-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  
 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