

Marcação de entrevista com o requerente Interview Appointment for Applicant

Número TTY/TDD: 800-209-5446
Número gratuito: 877-501-2233

Número de ID do cliente:

Prezado(a)

Recebemos seu pedido em . Você tem de fazer uma entrevista até . Você pode nos ligar para o 877-501-2233 ou passar pela agência. Nosso horário para entrevistas é de segunda a sexta-feira das 08h00 às 14h00, exceto feriados públicos.

Até novo aviso, os saguões do Community Service Office (CSO) estarão fechados para serviços gerais.

Favor telefonar para 1-877-501-2233 para marcar entrevista. Nosso horário de entrevistas são das 8 às 15 horas.

Para maiores informações, fique à vontade de requisitá-las durante a sua entrevista.

Se não recebermos notícias suas até , seu pedido de alimentos básicos dinheiro será recusado.

Seu pedido de assistência será recusado sem uma entrevista.

Eis uma lista de coisas que podem ser precisas para sua entrevista:

- Números de segurança social das pessoas para quem está fazendo o pedido
- Comprovativo de cidadania ou *status* de estrangeiro legal como passaporte dos EUA, registros de nascimento, documentos de imigração.
- Comprovativo de identidade como identificação com fotografia
- Comprovativo de rendimento como cópias de cheques, canhoto de cheque, cartas ou declarações de qualquer pessoa que lhe deu o dinheiro do agregado familiar
- Comprovativo de recursos que você possa ter como registro de veículo, extratos bancários, ações, títulos, apólices de seguro de vida
- Comprovativo de custos dos cuidados às crianças ou cuidados a adultos dependentes como um recibo do prestador de cuidados
- Comprovativo de custos com a habitação como pagamentos de hipoteca, pagamentos de contribuição predial, seguro de proprietário, recibos de renda, cópia do contrato de arrendamento, contas, carta do senhorio
- Outro comprovativo como contas médicas não pagas, prêmios de seguro de saúde, alterações ao *status* de imigração ou cidadania, gravidez com data prevista, apoio à adoção ou pagamentos de acolhimento familiar

Você pode:

- Pedir benefícios, submeter uma revisão ou comunicar alterações em www.washingtonconnection.org
- Envie as informações por *fax* para nós para o 888-338-7410

Escreva o ID de cliente em todas as cópias que enviar para nós. Seu ID de cliente é .

Para contatar um gerente de caso ou assistente social da WorkFirst, ligue para .

Ligue para 877-501-2233 para processar um pedido ou revisão, comunicar alterações ou fazer perguntas.

Por favor, ligue caso tenha dúvidas sobre esta carta.

Anexo(s): DSHS 14-113 Direitos e Responsabilidades do Cliente

Direitos e responsabilidades de assistência alimentar e monetária

Your Cash and Food Assistance Rights and Responsibilities

NOME DO CLIENTE (CHEFE DA FAMÍLIA)

NÚMERO DA ID DO CLIENTE

Suas responsabilidades (você deve)

- **Fornecer as informações de que precisamos para decidirmos se você é elegível.**
- **Fornecer provas, quando necessário.** Podemos obtê-las para você. As informações que você apresentar ao departamento estão sujeitas a verificação por funcionários federais e estaduais. A verificação pode incluir o acompanhamento dos contatos pela equipe do departamento, incluindo investigadores de fraude.
- **As informações comunicadas ao Departamento de Serviços Sociais e de Saúde** podem afetar a elegibilidade para a cobertura dos serviços de saúde administrados pela Autoridade de Cuidados de Saúde e Health Benefit Exchange.
- **Informar alterações** (p. ex. de endereço, renda, etc.) conforme necessário no WAC 388-418-0005. Informe-as até ao 10.º dia do próximo mês.
- **Cooperar com a DCS (Division of Child Support)** se aceitar uma concessão de TANF. Você deve ajudar a DCS a estabelecer, modificar ou garantir o apoio à(s) criança(s) sob seus cuidados e estabelecer a paternidade (se necessário). Você pode se recusar a cooperar com a DCS se puder comprovar que tem bons motivos para acreditar que a cooperação com a DCS colocará você, seus filhos ou as crianças sob seus cuidados sob risco de prejuízo do pai não tutelar.
- **Candidatar-se** e se esforçar o suficiente para obter rendimento potencial de outras fontes quando se inscrever ou receber assistência em dinheiro.
- **Preencher os relatórios e análises necessários.**
- **Seguir os requisitos de trabalho** para obter assistência em dinheiro e alimentar.
- **Informar-nos** se deseja que outra pessoa use sua assistência alimentar em seu nome.
- **Cooperar com nossas análises de Controle de Qualidade.**
- **Usar a assistência alimentar** somente para comprar alimentos para os membros da sua residência.
- **Usar a assistência monetária** somente para beneficiar os membros da sua residência.
- **Você deve fornecer os números de segurança social (SSN)** ou o status de imigração das pessoas que se candidatarem à assistência. Se você optar por não fornecer SSNs ou status de imigração dos membros da sua residência que não estão se candidatando ao benefício, as receitas e recursos de todos os membros da família serão verificados, se necessário, para determinar a elegibilidade.

Seus direitos (nós devemos)

- **Aceitar um pedido** com seu nome, endereço e assinatura ou a assinatura de um representante autorizado.
- **Ajudá-lo a preencher os formulários do DSHS.**
- **Processar** seu pedido de assistência alimentar em 7 dias, caso você se qualifique para o serviço rápido.
- **Fornecer a você um recibo**, caso você faça essa solicitação ao entregar documentos.
- Fornecer a você uma decisão por escrito, na maioria dos casos, em 30 dias.
- **Você pode se recusar a falar com um investigador de Detecção Precoce de Fraude (Fraud Early Detection, FRED)** do Departamento de Fraudes e Responsabilidade. Você não é obrigado a receber o investigador na sua casa. Você pode solicitar ao investigador que volte em outro momento. Esse pedido não afetará sua elegibilidade à assistência.
- **Você poderá solicitar uma audiência administrativa** se discordar de uma decisão do departamento sobre o seu caso. Você também poderá solicitar a um supervisor ou administrador para revisar a decisão ou ação em andamento sem afetar seus direitos a uma audiência administrativa.
- **Devemos informá-lo** da regra do limite de tempo de 60 meses do programa de Assistência Temporária às Famílias Necessitadas (TANF, Temporary Assistance for Needy Families). Esse limite de tempo não se aplica aos seus benefícios de cuidados infantis ou do programa Basic Food.

Informações importantes sobre o cartão EBT

- **Mau uso dos benefícios:** o DSHS obterá um histórico das transações realizadas por você com benefícios de alimentação e dinheiro distribuídos pelo cartão EBT. O departamento usará as informações de transação nas investigações de mau uso de benefícios da assistência em dinheiro ou a troca de benefícios de assistência alimentar por dinheiro ou outros itens de valor (tráfico).
- **Substituição do cartão EBT:** poderemos cobrar pela substituição dos cartões EBT. Mantenha seu cartão EBT e o número de identificação pessoal (PIN) seguros e protegidos.
- **Saldo alto dos cartões EBT:** se você não usar seus benefícios por meses seguidos ou acumular um saldo alto depois de vários meses, poderemos contatá-lo para revisar sua situação ou necessidades dos benefícios.

Informações Importantes (Basic Food)

- **Enviamos informações** sobre pessoas que se candidatam ao programa Basic Food para outras agências federais para verificar a sua veracidade. Se alguma informação estiver incorreta, as pessoas que se candidatam talvez não obtenham o benefício do Basic Food. Se uma pessoa apresentar informações incorretas deliberadamente, poderá ser processada criminalmente. As penalidades por descumprir intencionalmente as regras do programa Basic Food variam de desqualificação do programa a multas ou possível prisão.
- **Se você vender, tentar vender, trocar ou doar sua assistência alimentar** por qualquer valor como dinheiro, drogas, armas ou por algo diferente de alimentos de um varejista autorizado (tráfico), poderá ser desqualificado do recebimento dos benefícios assistenciais alimentares por um período mínimo de um ano até a desqualificação máxima por toda a vida, depois do primeiro desacato. Essa desqualificação permanecerá mesmo se você se mudar do estado de Washington e se candidatar a benefícios em outro estado.
- **Se você for obrigado cumprir os requisitos de trabalho do programa Basic Food** e falhar no cumprimento dessa obrigação, poderá ser desqualificado por um mês e até você cumprir os requisitos dessa primeira falha; por três meses e até cumprir os requisitos dessa segunda falha; e por seis meses e até você cumprir os requisitos dessa terceira falha e sempre que falhar daí em diante.
- **Você poderá ser removido do programa Basic Food** por quebrar uma regra do programa, como descrito nas advertências sobre penalidade do programa Basic Food listadas nesta página.
- **Informe as despesas domésticas, caso deseje que o departamento inclua esses custos no programa Basic Food.** Se você não informar nem fornecer comprovações dessas despesas, estará afirmando que não deseja que usemos essas despesas para decidir se você pode receber mais benefícios do Basic Food.

Informações importantes (dinheiro)

- **Ao obter a TANF (Temporary Assistance for Needy Families, Assistência Temporária para Famílias Necessitadas)**, você designa os direitos de assistência ao seu filho e cônjuge à Division of Child Support. Isso significa que a DCS deve assisti-lo de forma a oferecer a você toda a assistência pública a que você tenha direito. **Você deve informar à DCS imediatamente se tiver recebido pagamentos ou benefícios de apoio** ao seu filho enquanto estiver na TANF.
- **Se você parar de receber a TANF**, deverá informar à DCS sobre quaisquer alterações que afetem o apoio à criança, como mudança de endereço sua ou da criança.
- **Se você recebe a TANF, pode solicitar dinheiro extra** para ajudá-lo a arcar com custos temporários de emergências domésticas.

De acordo com os direitos civis federais e os regulamentos e políticas de direitos civis do Departamento da Agricultura dos EUA (USDA), o USDA, suas agências, departamentos e instituições participantes ou administrando programas do USDA estão proibidos de discriminar com base na raça, cor, nacionalidade, religião, sexo, identidade de gênero (incluindo expressão de gênero), orientação sexual, deficiência, idade, estado civil, família/estado parental, rendimento derivado de um programa de assistência pública, crenças políticas ou represália ou retaliação por atividades de direitos civis anteriores, em qualquer programa ou atividade realizada ou fundada pelo USDA (nem todas as bases se aplicam a todos os programas). As medidas e os prazos de apresentação de queixas variam por programa.

As pessoas com deficiência que precisam de meios de comunicação alternativos para informações de programa (p. ex., *Braille*, letra grande, fita de áudio, linguagem gestual, etc.) devem contar a agência responsável ou o centro TARGET do USDA com o (202) 720-2600 (voz e TTY) ou contatar o USDA por meio do Federal Relay Service para o (800) 877-8339. Adicionalmente, as informações de programa podem ser disponibilizadas em outros idiomas além do inglês.

Para apresentar uma queixa por discriminação do programa, preencha o formulário de queixa por discriminação do programa do USDA,

AD-3027, encontrado *on-line* em http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html e em qualquer departamento da USDA ou escreva uma carta endereçada ao USDA e facultar na carta todas as informações solicitadas no formulário. Para pedir uma cópia do formulário de queixa, ligue para o (866) 632-9992. Envie o formulário preenchido ou a carta para ao USDA por:

1. Correspondência: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Ave, SW
Washington, D.C. 20250-9410;
2. Fax: (202) 690-7442; ou
3. E-mail: program.intake@usda.gov

O USDA é um provedor, empregador e credor de igualdade de oportunidades.

Ao assinar abaixo, estou afirmando que tenho direitos e responsabilidades ao receber benefícios e programas do DSHS explicados a mim. Compreendo que, se me recusar a assinar este documento, isso não afetará minha elegibilidade, mas ainda serei responsável por requisitos do programa e sujeito às penalidades criminais ou do programa que forem aplicáveis.

ASSINATURA DO REQUERENTE

DATA

ASSINATURA DO CO-REQUERENTE

DATA

ID DE ACESSO DO FUNCIONÁRIO DO DSHS:

Recusou-se a assinar.