STATE OF CALIFORNIA - HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY

CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

NOTIFICACION DE ACCION
SERVICIOS DE CASA Y CUIDADO PERSONAL (IHSS)

Nota: Esta notificación afecta SOLAMENTE a sus servicios sociales.
GUARDE ESTA NOTIFICACION CON SUS DOCUMENTOS IMPORTANTES.

SU OFICINA DE IHSS

CALIFORNIA DEPT OF SOCIAL SERV
ATTN: APD - CONLAN UNIT
744 P STREET, MS 19-96
SACRAMENTO CA 95814-6413

SI ESTA SOLICITANDO UNA AUDIENCIA CON EL ESTADO POR FAVOR ENVIE SU PETICION A:

STATE HEARINGS DIVISION
CALIFORNIA DEPT OF SOCIAL SERV
744 P STREET, MS 19-97
SACRAMENTO CA 95814-6413

DOE, JOHN
1500 MAIN ST
HAYWARD CA 94545-2020

NUMERO DEL CASO: 010000001

FECHA DE ENVIO: 09/16/2009

La siguiente acción (o acciones) está respaldada por la ley federal (Decreto del Seguro Social), ley estatal (Código de Bienestar Público e Instituciones), ordenamientos federales (Código de Ordenamientos Federales), ordenamientos estatales (Código Administrativo de California y el Manual de Prácticas y Procedimientos del Departamento de Servicios Sociales de California) y una orden de la corte:

ESTA ES LA TRADUCCION DEL DOCUMENTO EN INGLES QUE SE LE ENVIO EN SEPTIEMBRE DE 2009. SE NOS HA INFORMADO QUE SU IDIOMA PRIMARIO NO ES EL INGLES. POR ESO LE ESTAMOS MANDANDO ESTE DOCUMENTO TRADUCIDO EN SU IDIOMA PRIMARIO.

BENEFICIARIOS ACTUALES DE LOS PROGRAMAS FINANCIADOS FEDERALMENTE (FEDERALLY-FUNDED PROGRAMS, FFP)

A PARTIR DEL 1 DE OCTUBRE DE 2009, DEBIDO A UNA MODIFICACION DE LAS LEYES ESTATALES (ENMIENDA DEL CODIGO DE BIENESTAR E INSTITUCIONES (WELFARE AND INSTITUTIONS CODE, WIC) SECCION 12305.1), CESARA EL PREPAGO FINANCIADO POR EL ESTADO DE LOS GASTOSRECONOCIDOS POR MEDI-CAL (MEDI-CAL RECOGNIZED EXPENSES, MRE) QUE EL ESTADO HA REALIZADO PARA QUE USTED CUMPLA CON SU PARTE DEL COSTO DE MEDI-CAL. USTED DEBERA PAGAR LA TOTALIDAD DE SU PARTE DEL COSTO DE MEDI-CAL QUE SE INDICA EN LA NOTIFICACION DE ACCION DE MEDI-CAL. CUANDO SU PROVEEDOR DEL PROGRAMA DE SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR (IN-HOME SUPPORTIVE SERVICES, IHSS) PRESENTA SU PLANILLA DE CONTROL DE HORAS, LOS RESTOS DE LA PARTE DEL COSTO DE MEDI-CAL QUE USTED DEBE SE DEDUCEN DE SU CHEQUE DE PAGO Y USTED Y SU PROVEEDOR RECIBEN UNA CARTA EN LA QUE SE INFORMA CUANTO DEBE PAGARLE A SU PROVEEDOR.

COMO ESTE CESE ES EL RESULTADO DE UNA MODIFICACION EN LAS LEYES ESTATALES, NO SE PUEDE APELAR MEDIANTE UNA AUDIENCIA CON EL ESTADO.

[redacted]

Si necesita ayuda con esta notificación, tiene alguna pregunta, o si piensa que otra información adicional se debió de haber tomado en consideración, por favor comuníquese con el Departamento de Servicios Sociales de California al 1-877-508-1327.

USTED TIENE DERECHO A PRESENTAR UNA PETICION, ORAL O POR ESCRITO, PARA UNA AUDIENCIA CON EL ESTADO. POR FAVOR ENVIE SU PETICION ESCRITA A LA DIRECCION DEL DEPARTAMENTO QUE APARECE EN LA PARTE DE ARRIBA, EN LA ESQUINA DERECHA, DE ESTE FORMULARIO.

PARA MAS DETALLES, POR FAVOR VEA EL REVERSO DE ESTA NOTIFICACION.

SU DERECHO A PEDIR UNA AUDIENCIA CON EL ESTADO

1. Usted tiene derecho a una conferencia con los representantes del Departamento para hablar acerca de la acción propuesta. Durante dicha conferencia, usted puede hablar por sí mismo o lo puede representar un abogado, un amigo u otra persona que hable en su nombre. Si quiere una conferencia, comuníquese con el Departamento de Servicios Sociales de California.

2. Si solicita una conferencia o no, usted también tiene derecho a pedir una audiencia con el estado y una decisión del Director del Departamento de Servicios Sociales de California (vea la parte de abajo de este formulario). Su petición puede ser escrita u oral pero tiene que indicar que usted quiere una audiencia y el motivo por el cual no está satisfecho. **SU PETICION PARA UNA AUDIENCIA SE TIENE QUE HACER ANTES DE QUE PASEN 90 DIAS DE LA FECHA DE ENVIO DE ESTA NOTIFICACION.**

3. Usted puede pedir una audiencia con el estado o puede llamar al 1-877-508-1327 para que le ayuden ha solicitarla.

4. En una audiencia con el estado, usted tiene derecho a ser representado por un abogado o por otra persona que usted elija (un amigo, pariente, u otra persona que hable en su nombre). Es posible que obtenga gratis asesoramiento legal y los servicios de un abogado. Puede recibir ayuda para encontrar asistencia legal gratuita llamando al número de teléfono gratuito de la Oficina de Preguntas y Respuestas al Público *(Public Inquiry and Response)*. Para obtener ayuda para presentar su reclamo, también puede comunicarse con la organización para la defensa de los derechos en relación a los servicios sociales más cercana a usted.

5. Los ordenamientos del estado que son pertinentes a las audiencias con el estado para los servicios sociales están disponibles en la oficina del departamento de servicios sociales del condado.

6. Prácticas en relación a la información - de acuerdo a lo estipulado en la Sección 10950 del Código de Bienestar Público e Instituciones (W&IC), la información que se le pide es obligatoria para tramitar su petición para un audiencia con el estado. Se establecerá un expediente para el caso de la audiencia con el estado. Usted tiene derecho a examinar los documentos en ese expediente que se usen para llegar a una decisión. Es posible que cualquier información que usted proporcione se comparta con el departamento de servicios sociales del condado o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Si desea presentar por escrito su petición para una audiencia con el estado, por favor envíe esta página a la División de Audiencias con el Estado a la siguiente dirección:

State Hearings Division
California Department of Social Services
744 P Street, Mail Station 19-97
Sacramento, CA 95814-6413

Para pedir por teléfono una audiencia con el estado, o para obtener más información acerca de sus derechos en relación a una audiencia con el estado o su expediente, se puede comunicar con la Oficina de Preguntas y Respuestas al Público a los siguientes números de teléfono:

Public Inquiry and Response
California Department of Social Services
1-800-952-5253 (número de teléfono gratuito)
TDD 1-800-952-8349 Solamente para los que usan un aparato de telecomunicaciones para las personas con problemas de audición o del habla (número de teléfono gratuito)

PETICION PARA UNA AUDIENCIA CON EL ESTADO

NOMBRE (APELLIDO, PRIMER NOMBRE, INICIAL DEL NOMBRE QUE USA EN MEDIO) | NUMERO DE TELEFONO | NUMERO DE SEGURO SOCIAL

DIRECCION | CIUDAD | ESTADO | CODIGO POSTAL

POR MEDIO DE ESTE DOCUMENTO PIDO UNA AUDIENCIA CON EL ESTADO ANTE EL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES DE CALIFORNIA ACERCA DE LA ACCION QUE TOMO EL DEPARTAMENTO SOBRE MIS SERVICIOS SOCIALES. LA RAZON DE MI PETICION ES LA SIGUIENTE:

TENGO PROBLEMAS PARA ENTENDER EL INGLES, ES POR ESO QUE SOLICITO UN INTERPRETE PARA MI AUDIENCIA. | IDIOMA | DIALECTO

FIRMA | FECHA EN QUE SE FIRMO

REPRESENTANTE AUTORIZADO

HE AUTORIZADO A LA SIGUIENTE PERSONA PARA QUE ACTUE EN MI NOMBRE. AUTORIZO AL DEPARTAMENTO PARA QUE LE PROPORCIONE TODA LA INFORMACION ACERCA DE MI CASO A ESA PERSONA.

NOMBRE DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO

DIRECCION DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO

FIRMA DE LA PERSONA QUE PIDE LA AUDIENCIA CON EL ESTADO