

NOTIFICACIÓN DE APROBACIÓN PARA LOS BENEFICIOS DE CALFRESH

CONDADO DE _____

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

Fecha de la notificación : _____
Caso : _____
Nombre : _____
Número : _____
Trabajador : _____
Nombre : _____
Número : _____
Teléfono : _____
Dirección : _____

(ADDRESSEE)

┌

└

┌

└

¿Tiene preguntas? Comuníquese con su trabajador.

Audiencia con el Estado: Si usted cree que esta acción está equivocada, puede pedir una audiencia. En la siguiente página, se le explica cómo solicitarla. Es posible que sus beneficios no cambien si usted solicita una audiencia antes que esta acción entre en vigor.

SU SOLICITUD PARA RECIBIR BENEFICIOS DE CALFRESH HA SIDO APROBADA.

La cantidad inicial de sus beneficios es: \$ _____ para _____. La cantidad de sus beneficios para el resto del período de certificación será \$ _____ de _____ a _____.

SI TAMBIÉN PRESENTÓ UNA SOLICITUD PARA RECIBIR ASISTENCIA MONETARIA, y todavía no ha sido aprobada, es posible que sus beneficios de CalFresh sean reducidos o descontinuados sin ninguna otra notificación, si se aprueba su solicitud para asistencia monetaria.

- Su elegibilidad para beneficios de CalFresh empieza el mismo día que su asistencia monetaria.
- Sus beneficios para el primer mes incluyen más beneficios que los correspondientes a un mes a causa de la fecha en que su solicitud se aprobó.
- Sus beneficios correspondientes al primer mes fueron prorrateados a partir de la fecha en que usted presentó su solicitud.

DEBIDO A QUE USTED RECIBIÓ LOS BENEFICIOS DE CALFRESH INMEDIATAMENTE, no le requerimos que nos diera la siguiente verificación:

Usted tiene que darnos esta verificación antes de _____ o su elegibilidad para recibir los beneficios de CalFresh se discontinuará. No recibirá otra notificación. Si la verificación que usted nos envíe cambia su elegibilidad o beneficios, haremos el cambio. **No** recibirá una notificación antes de que tomemos esta acción.

Es posible que su hogar de CalFresh sea elegible para un pago proveniente del Subsidio del Estado para Asistencia con los Servicios Públicos y Municipales (*State Utility Assistance Subsidy - SUAS*). Si es elegible, el Condado le otorgará un pago de \$20.01 por el SUAS. Éste es un sólo pago por año y si es elegible, se depositará en su cuenta de EBT (transferencia electrónica de beneficios) de asistencia monetaria. Si no tiene una cuenta EBT para asistencia monetaria, se establecerá una en su tarjeta EBT de CalFresh. No tendrá que hacer nada para recibir una tarjeta nueva, pero puede usarla para cubrir gastos que no cubre CalFresh. Este pago le permite al Condado usar la deducción más alta (cantidad estándar permitida para servicios públicos y municipales, conocida en inglés como *Standard Utility Allowance - SUA*), para beneficios de alimentos. Es posible que le ayude a recibir más beneficios de comida. Usted puede usar los \$20.01 cuando use su tarjeta de EBT. Si quiere saber más acerca de esto, llame al trabajador encargado de su caso.

Reglas: Las siguientes reglas, las cuales puede revisar en la oficina de bienestar público, son pertinentes:

SU DERECHO A UNA AUDIENCIA

Usted tiene derecho a solicitar una audiencia si no está de acuerdo con cualquier acción que el Condado tome. Solamente tiene 90 días para solicitar una audiencia. Los 90 días comenzaron el día después de la fecha en que el Condado le dio o envió esta notificación. Si tiene un motivo justificado para no haber solicitado una audiencia antes de los 90 días, usted todavía puede solicitar una audiencia. Si proporciona un motivo justificado, es posible que todavía se programe una audiencia.

Si solicita una audiencia antes de que entre en vigor una acción en relación a la asistencia monetaria, Medi-Cal (Programa de Asistencia Médica de California), CalFresh, o cuidado de niños:

- Su asistencia monetaria/Medi-Cal no cambiará mientras espera a que se lleve a cabo la audiencia.
- Es posible que sus servicios de cuidado de niños no cambien mientras espera a que se lleve a cabo la audiencia.
- Sus beneficios de CalFresh no cambiarán mientras espera a que se lleve a cabo la audiencia o hasta el final de su período de certificación, lo que ocurra antes.

Si la decisión de la audiencia indica que estamos en lo correcto, usted nos deberá cualquier asistencia monetaria, beneficios de CalFresh o servicios de cuidado de niños que haya recibido de más. Para que reduzcamos o descontinúemos sus beneficios antes de la audiencia, marque a continuación:

Sí, reduzcan o descontinúen: Asistencia monetaria CalFresh
 Cuidado de niños

Mientras que espera la decisión de una audiencia relacionada a:

Programa para la Transición de la Asistencia Pública al Trabajo (Welfare to Work):

No tiene que participar en las actividades.

Es posible que reciba pagos en relación al cuidado de niños para trabajar y participar en actividades aprobadas por el Condado antes de esta notificación.

Si le dijimos que los pagos para sus otros servicios de apoyo se iban a descontinuar, no recibirá más pagos, aunque participe en la actividad.

Si le dijimos que pagaríamos sus otros servicios de apoyo, se le pagarán de acuerdo a la cantidad y de la manera que le indicamos en esta notificación.

- Para recibir esos servicios de apoyo, tiene que participar en la actividad en que el Condado le pidió que participara.
- Si la cantidad que el Condado le paga para servicios de apoyo mientras que espera la decisión de la audiencia no es suficiente para que usted pueda participar, puede dejar de participar en la actividad.

Cal-Learn (un programa de California para la educación de los padres adolescentes que reciben asistencia monetaria):

- No puede participar en el Programa de Cal-Learn si le dijimos que no le podemos asistir.
- Solamente pagaremos los servicios de apoyo de Cal-Learn si se trata de una actividad aprobada.

OTRA INFORMACIÓN

Miembros de planes de cuidado médico administrado de Medi-Cal: Es posible que la acción de esta notificación no le permita recibir servicios de su plan de salud de cuidado médico administrado. Puede comunicarse con la oficina de servicios de membresía de su plan de salud si tiene preguntas.

Mantenimiento de niños y/o en relación al cuidado de la salud: La oficina local de mantenimiento de hijos le ayudará gratuitamente a cobrar mantenimiento de hijos, aunque usted no esté recibiendo asistencia monetaria. Si ahora cobran mantenimiento de hijos para usted, continuarán haciéndolo a no ser que usted les pida por escrito que lo dejen de hacer. Le mandarán la cantidad actual de mantenimiento que se cobre pero se quedarán con los atrasos que se cobren que se le deban al Condado.

Planificación familiar: La oficina de bienestar público le dará información cuando usted la pida.

Expediente de audiencia: Si solicita una audiencia, la División de Audiencias con el Estado abrirá un expediente. Usted tiene derecho a ver este expediente antes de la audiencia y a recibir una copia de la declaración escrita de posición del Condado relacionada a su caso por lo menos dos días antes de la audiencia. Es posible que el Estado le dé el expediente de audiencia de usted al Departamento de Bienestar, y a los Departamentos de Salud y Servicios Humanos y de Agricultura de los Estados Unidos. **(Secciones 10850 y 10950 del Código de Bienestar Público e Instituciones - W&IC.)**

PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA:

- **Complete esta página.**
- Haga una copia de esta página y de la primera página para sus expedientes.
Si la pide, su trabajador le dará una copia de esta página.
- **Envíe o lleve esta página a:**

O

- **Llame gratuitamente al: 1-800-952-5253.** Las personas sordas/con problemas del habla que usan TDD* pueden llamar al **1-800-952-8349.**

Para obtener ayuda: Puede pedir información acerca de su derecho a una audiencia o sobre oficinas de asesoramiento legal llamando a los teléfonos estatales gratuitos mencionados arriba. Es posible que pueda recibir asesoramiento legal gratuito en la oficina local de asesoramiento legal o en la oficina de defensa de los derechos relacionados a la asistencia pública.

Si no quiere ir a la audiencia solo, puede llevar a un amigo o a otra persona con usted.

PETICIÓN PARA UNA AUDIENCIA

Deseo solicitar una audiencia a causa de una acción tomada por el Departamento de Bienestar Público del Condado de _____ acerca de mi(s):

Asistencia monetaria CalFresh Medi-Cal

Otro (anote) _____

La razón es la siguiente: _____

Si necesita más espacio, marque aquí y adjunte otra página.

Necesito que el Estado me proporcione un intérprete gratuitamente. (Un familiar o un amigo no puede actuar como intérprete de usted en la audiencia.)

Mi idioma o dialecto es el: _____

NOMBRE DE LA PERSONA A QUIEN LE NEGARON, CAMBIARON O DESCONTINUARON LOS BENEFICIOS

FECHA DE NACIMIENTO NÚMERO DE TELÉFONO

DIRECCIÓN: CALLE

CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

FIRMA FECHA

NOMBRE DE LA PERSONA QUE COMPLETA ESTE FORMULARIO NÚMERO DE TELÉFONO

Quiero que la persona nombrada a continuación me represente en esta audiencia. Doy permiso para que esta persona vea mis expedientes o vaya a la audiencia por mí. (Esta persona puede ser un amigo o familiar, pero no puede actuar como su intérprete.)

NOMBRE NÚMERO DE TELÉFONO

DIRECCIÓN: CALLE

CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

*TDD: aparato de telecomunicaciones para las personas sordas