

NOTIFICACIÓN DE CALFRESH ACERCA DEL VENCIMIENTO DE LA CERTIFICACIÓN PARA LOS GRUPOS EN LOS CUALES TODOS LOS ADULTOS SON DE EDAD AVANZADA O ESTÁN INCAPACITADOS/DISCAPACITADOS

CONDADO DE

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

Fecha de la notificación: _____
Nombre del caso: _____
Número del caso: _____
Nombre del trabajador: _____
Número del trabajador: _____
Número de teléfono: _____
Dirección: _____

(ADDRESSEE)

¿Tiene preguntas? Comuníquese con su trabajador.

Audiencia con el Estado: Si usted cree que esta acción está equivocada, puede solicitar 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.

1. Su período de certificación para CalFresh terminará en _____.
2. No se requiere una entrevista. Pero si a usted le gustaría tener una entrevista, puede llamar. Por favor comuníquese con el Condado inmediatamente si le gustaría tener una entrevista. En general, las entrevistas se llevan a cabo por teléfono a menos que usted prefiera una entrevista en persona. Si usted necesita otros arreglos debido a una incapacidad/discapacidad, por favor comuníquese con el Condado inmediatamente.
3. Por favor llene completamente la solicitud y devuélvala al Condado a más tardar el primer día del último mes del período de certificación: _____.
4. Si usted está reportando cambios, **por favor incluya pruebas** con su solicitud. Las pruebas para algunos de los cambios se tienen que entregar a más tardar al final del período de certificación.
5. Basándose en la información que usted envíe, es posible que el Condado todavía necesite entrevistarle.
6. Si pide una entrevista, o si se requiere una, usted recibirá una carta con la información de la cita.
7. Si quiere continuar recibiendo sus beneficios sin interrupción, usted tiene que presentar una solicitud a más tardar el día 15 del mes en que se termina su período de certificación. Si quiere una entrevista, o se requiere una, la entrevista se tiene que completar y cualquier prueba de ingresos, gastos, u otra información se tiene que entregar a más tardar cuando el período de certificación se termina.

REGLAS IMPORTANTES

- Si recibe beneficios de CalWORKs y no completa su redeterminación para CalWORKs, usted no será elegible para los beneficios de CalFresh de Transición.
- Si sucede alguno de los siguientes, es posible que tenga que esperar hasta 30 días para que se lleve a cabo una acción final en relación a su solicitud de recertificación. Además, es posible que solamente reciba parte de los beneficios para el primer mes de su nuevo período de certificación. Si hay una interrupción en su asistencia, usted tiene derecho a pedir que se hagan los trámites en un período de tres días (servicio urgente, conocido en inglés como "*Expedited Service*").
 - Usted no entrega una solicitud a más tardar el día 15 del mes en que su período de certificación termina.
 - Usted no completa una entrevista que solicitó, o una entrevista que el Condado le dijo que se requería, antes de que pasen 10 días del final de su período de certificación.
 - Usted no entrega ninguna prueba de ingresos, gastos, u otra información, antes de que pasen 10 días a partir de la fecha de la entrevista.
 - Usted no entrega ninguna prueba de cambios que reportó en su solicitud de recertificación antes del final de su período de certificación.
- Usted tiene derecho a obtener una solicitud del Departamento de Bienestar Público del Condado y a que el Condado acepte su solicitud. La solicitud tiene que estar firmada y debe tener el nombre y dirección que se puedan leer claramente. Si se firma con una marca, se necesitará la firma de un testigo a la marca.
- Usted, o su representante autorizado, tiene derecho a presentar una solicitud para los beneficios de CalFresh entregando el formulario al Departamento de Bienestar Público del Condado ya sea en persona, por correo, por fax o por otro tipo de transmisión disponible en su Condado (se puede hacer por e-mail o en una solicitud electrónica en <http://www.benefitscal.org>). El tiempo para recibir los beneficios se calcula a partir de la fecha en que la solicitud se presente al Departamento de Bienestar Público del Condado. Se puede aceptar una solicitud firmada usando técnicas electrónicas para firmar o una solicitud con la firma original y luego enviada por fax u otra transmisión electrónica. Se le darán 10 días para entregar la información que se le pida. Por favor, dígame al Condado si necesita ayuda para obtener esta información.

Reglas: Las siguientes reglas, las cuales puede revisar en la oficina de bienestar público, son pertinentes: Secciones 63-300.3, 63-504.25, 63-504.251, 63-504.6 y 63-504.61 del Manual de Prácticas y Procedimientos (MPP) de CalFresh.

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