

**NOTIFICACIÓN ACERCA DEL LÍMITE DE TIEMPO
DEL PROGRAMA DE CALIFORNIA DE
OPORTUNIDADES DE TRABAJO Y
RESPONSABILIDAD HACIA LOS NIÑOS (CaWORKs)
- MES NÚMERO 42 RECIBIENDO ASISTENCIA**

CONDADO	
NOMBRE DEL CASO	
NÚMERO DEL CASO	OTRO NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN
NOMBRE DEL TRABAJADOR	

¿Preguntas? Comuníquese con su trabajador.

ESTA NOTIFICACIÓN LE DA INFORMACIÓN ACERCA DEL LÍMITE DE TIEMPO DE 48 MESES DE CaWORKs

A partir de _____, el Condado determinó que usted, _____,
(FECHA) (NOMBRE)

ha recibido un total de **42 meses** del límite de tiempo de 48 meses para recibir asistencia monetaria de CaWORKs una sola vez en la vida. Es posible que usted sea elegible para recibir asistencia durante 6 meses más a partir de esa fecha.

COMUNÍQUESE CON SU TRABAJADOR INMEDIATAMENTE SI USTED:

Necesita más información acerca de los meses que ha recibido asistencia.

Está o estuvo exento del límite de 48 meses de CaWORKs y no ha solicitado una exención.

No está de acuerdo con el Condado.

Necesita más información acerca de los requisitos, exenciones, o cómo solicitar una exención en relación al límite de 48 meses de CaWORKs.

EL LÍMITE DE TIEMPO DE 48 MESES NO AFECTARÁ SU ELEGIBILIDAD PARA LOS BENEFICIOS DE CALFRESH NI PARA LOS BENEFICIOS DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA MÉDICA DE CALIFORNIA (MEDI-CAL).

Si piensa que para usted no se ha aplicado correctamente el límite de tiempo, puede solicitar una audiencia. Comuníquese con el trabajador encargado de su caso para que le proporcione información sobre cómo solicitar una audiencia. También recibirá una "Notificación de acción" que le indicará cuando usted haya usado los 48 meses de asistencia monetaria de CaWORKs para sólo una vez en la vida.