

NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN

Continuación

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: _____
 Teléfono: _____
 Horas del trabajador: _____
 Información las 24 horas: _____
 Dirección: _____

¿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 de que esta acción entre en vigor.

Usted reportó ingresos que no espera cambiar. Cuando se le paga cada semana o cada dos semanas, ésta es la manera en que nosotros calculamos sus ingresos mensuales:

Primero, sumamos todos los ingresos que recibió en el mes y luego lo dividimos entre el número total de pagos que usted recibió. Luego, multiplicamos la cantidad por el número promedio de pagos en un mes.

- Si usted recibe pagos cada semana, es posible que usted reciba pagos 4 ó 5 veces en un mes. 4.33 es el número promedio de pagos en un mes.

- Si usted recibe pagos cada dos semanas, es posible que usted reciba pagos 2 ó 3 veces en un mes. 2.167 es el número promedio de pagos en un mes.

Ésta es su información:

| | |
|------------------------------|------------------|
| _____ Ingresos reportados | \$ _____ |
| | \$ _____ |
| | \$ _____ |
| | \$ _____ |
| | +\$ _____ |
| Total reportado | =\$ _____ |
| # de pagos reportados | ÷ _____ |
| Cantidad semanal | =\$ _____ |
| Multiplicada por | X _____ |
| Cantidad mensual | =\$ _____ |

Cantidad mensual de asistencia monetaria

Sección A. Ingresos contables, mes _____

| | |
|--|----------------|
| 1. Total de ingresos provenientes de un negocio propio | \$ _____ |
| 2. Gastos del negocio: | |
| a. Estándar del 40% | - _____ |
| O | |
| b. Gastos verdaderos | - _____ |
| 3. Ingresos netos provenientes de trabajo por cuenta propia | = _____ |
| 4. Total de ingresos no ganados basados en incapacidad/ discapacidad (DBI) (miembros de la unidad de asistencia + los que no son miembros) | \$ _____ |
| 5. Deducción de \$225 por DBI (Si el #4 es más de \$225) | - _____ |
| 6. Ingresos no ganados basados en incapacidad/ discapacidad no exentos | = _____ |
| O | |
| 7. Cantidad que no se usó de la deducción por DBI (hasta \$112) | = _____ |
| 8. Ingresos netos provenientes de trabajo por cuenta propia (de la parte de arriba) | + _____ |
| 9. Total de otros ingresos ganados | + _____ |
| 10. Cantidad que no se usó de la deducción de \$225 (del #7) o \$112 (la cantidad que sea menor) | - _____ |
| 11. Subtotal | = _____ |
| 12. Deducción del 50% por los ingresos ganados | - _____ |
| 13. Subtotal | = _____ |
| 14. Ingresos no ganados basados en incapacidad/ discapacidad no exentos (del #6) | + _____ |
| 15. Subtotal | = _____ |
| 16. Otros ingresos no exentos (miembros de la unidad de asistencia + los que no son miembros) | + _____ |
| Ingresos netos contables | = _____ |

Sección B. Su asistencia monetaria, mes _____

| | |
|---|----------|
| 1. Asistencia máxima para _____ personas (miembros de la unidad de asistencia + los que no son miembros) | \$ _____ |
| 2. Necesidades especiales (miembros de la unidad de asistencia + los que no son miembros) | + _____ |
| 3. Ingresos netos contables de la Sección A (de arriba) | - _____ |
| 4. Subtotal | = _____ |
| 5. Asistencia máxima para _____ personas (sólo la unidad de asistencia) (excluyendo a personas sujetas a la regla sobre el MFG [pago máximo que una familia puede recibir] y personas que han sido sancionadas) | \$ _____ |
| 6. Necesidades especiales (sólo la unidad de asistencia) | + _____ |
| 7. Subtotal de asistencia máxima | = _____ |
| 8. Subtotal de asistencia del mes completo (la cantidad de la línea 4 ó 7, la que sea menor) | = _____ |
| 9. Línea 8 prorrateada para parte del mes | = _____ |
| 10. Ajustes: Sanción del 25% por mantenimiento de hijos | - _____ |
| Otras sanciones | - _____ |
| Pago excesivo | - _____ |
| Bonificación escolar (\$100 ó \$500) | + _____ |
| 11. Cantidad mensual de asistencia monetaria (línea 8 ó 9 después de los ajustes) | \$ _____ |
| 12. Cantidad actual de asistencia monetaria (Si esta cantidad es más que el #11, su asistencia monetaria no cambiará) | = _____ |

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 (estampillas para comida), 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 (estampillas para comida) 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 (estampillas para comida) o servicios de cuidado de niños que haya recibido de más. Para que reduzcamos o paremos sus beneficios antes de la audiencia, marque a continuación:

Sí, reduzcan o paren:

- Asistencia monetaria CalFresh (estampillas para comida) 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 pararían, 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 pague 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&I].)

PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA:

- Complete esta página.
- Haga una copia de ambos lados de esta hoja para sus expedientes. Si la pide, su trabajador le dará una copia de esta hoja.
- Envíe o lleve esta hoja 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 (estampillas para comida) Medi-Cal
 Otro (anote) _____

La razón es la siguiente: _____

- Si necesita más espacio, marque aquí y adjunte otra hoja.
 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 PARARON 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