

NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN

CONDADO DE _____

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

PARA HOGARES COLECTIVOS, ESTABLECIMIENTOS RESIDENCIALES PARA TRATAMIENTO A CORTO PLAZO, AGENCIAS PARA FAMILIAS DE CRIANZA TEMPORAL, COLOCACIÓN TRANSICIONAL EN UNA VIVIENDA-MÁS CUIDADO DE CRIANZA, Y PROGRAMA DE COLOCACIÓN TRANSICIONAL EN UNA VIVIENDA

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

(ADDRESSEE)

¿Tiene preguntas? Comuníquese con su trabajador.

Para hogares colectivos, establecimientos residenciales para tratamiento a corto plazo, agencias para familias de crianza temporal, colocación transicional en una vivienda-más cuidado de crianza, y programa de colocación transicional en una vivienda.

Esta notificación es para informarle que usted recibió un pago excesivo de los beneficios de la Asistencia para Familias con Niños Necesitados - Cuidado de Crianza Temporal (AFDC-FC)

para _____ para
(NOMBRE DEL NIÑO)

el período de _____ a _____
(MES/DÍA/AÑO) (MES/DÍA/AÑO)

Cantidad total que usted recibió: \$ _____

Cantidad total que usted debió haber recibido: \$ _____

Cantidad total del pago excesivo: \$ _____

Fecha en que se descubrió el pago excesivo: _____

Se permite cobrar el pago excesivo si se hace la demanda antes de que pase un año a partir de la fecha en que se descubrió.

Se requiere que usted reembolse el pago excesivo por la cantidad de \$ _____.

Razón del pago excesivo:

(A) Un niño/joven dejó su colocación en el cuidado de crianza temporal con usted en _____ usted no tenía
(FECHA)

derecho a pagos por él/ella en esta fecha o después de esta fecha; o

(B) Otra:

Si usted no está de acuerdo con la razón del pago excesivo o la cantidad del pago excesivo, usted puede solicitar una audiencia. Por favor vea la siguiente página para instrucciones sobre la audiencia.

Si usted está de acuerdo con la razón del pago excesivo y con la cantidad de pago excesivo, usted tiene que hacer una de las siguientes cosas antes de que pasen 90 días consecutivos a partir del día en que el Condado le dió o le envió esta notificación:

1) Hacer un sólo pago de la cantidad total;

Por favor pague con cheque o giro, a nombre de:

Envíelo a:

2) Firmar un acuerdo por escrito de reembolso, o firmar un acuerdo voluntario para contrabalancear la cantidad de asistencia que recibe con la cantidad que debe. Por favor comuníquese con el trabajador cuyo nombre aparece en la parte superior de esta página para platicar sobre los términos de estas opciones.

Si tiene alguna pregunta sobre cómo se calcula la cantidad del pago excesivo o sobre los acuerdos de reembolso, por favor comuníquese con el trabajador cuyo nombre aparece en la parte superior de esta página.

Incluya el cálculo del pago excesivo y la comprobación de los períodos de tiempo por mes, como se requiere en los ordenamientos. Vea la Sección 45-305 del Manual de Prácticas y Procedimientos (MPP). Adjunte una página si necesita espacio adicional.

SU DERECHO A UNA AUDIENCIA

Usted tiene derecho a solicitar una audiencia si no está de acuerdo con cualquier acción del Condado. Sólo tiene 90 días para solicitar una audiencia. El período de 90 días empezó el día después de que el Condado le dió o le envió esta notificación.

Audiencia con el Estado: Si usted cree que esta acción está equivocada, puede pedir una audiencia. Sus beneficios no cambiarán si solicita una audiencia antes de que entre en vigor esta acción.

Para solicitar una audiencia:

Si usted cree que esta acción está equivocada, puede pedir una audiencia informal con el Condado o una audiencia formal con el Estado. Sus beneficios no cambiarán si solicita una audiencia antes de que entre en vigor esta acción.

Para solicitar una audiencia informal, tiene que presentar su solicitud antes de que pasen 30 días consecutivos a partir de la fecha en que se le envió esta notificación. Puede enviar su petición por medio de cualquiera de las siguientes maneras.

Por escrito: Por medio de correo electrónico (e-mail):

Por medio de teléfono:

Dirección

Su solicitud debe indicar porqué quiere la audiencia informal y si necesitará un intérprete gratuito. Si necesita un intérprete, por favor indique cuál es el idioma o dialecto que habla.

Usted tiene derecho a apelar la decisión de la audiencia informal en una audiencia formal con el Estado. Usted puede solicitar la audiencia formal con el Estado antes de que pasen 90 días consecutivos a partir de la fecha en que se le envió la decisión de la audiencia informal. Si solicita una audiencia informal pero ésta no tiene lugar, el período de 90 días empezará 31 días consecutivos después de la fecha de esta notificación.

Si elige una audiencia formal con el Estado, por favor tenga en cuenta que tiene que solicitar esa audiencia con el Estado antes de que pasen 90 días después de la fecha en que recibió esta notificación.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el trabajador cuyo nombre aparece en la parte superior de la primera página de este formulario.

TDD - Para las personas con problemas de sordera

PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA:

- **Complete esta página.**
- Haga una copia de ambas páginas de este formulario 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 o**, para las personas con problemas de sordera o del habla que usan TDD, al **1-800-952-8349**.

Para obtener ayuda: Puede hacer preguntas sobre sus derechos a una audiencia o pedir una referencia para asistencia legal llamando a los números gratuitos del Estado que aparecen arriba. Es posible obtener consejo legal gratuito en la oficina local de asesoramiento legal o la oficina local para la defensa de los derechos relacionados a la asistencia pública.

Si no quiere ir a la audiencia solo, puede traer a una amistad u otra persona.

PETICIÓN PARA UNA AUDIENCIA

Quiero solicitar una audiencia debido a una acción del Departamento de Bienestar Público del Condado de _____ sobre mi:

Pago excesivo _____

La razón es la siguiente: _____

- Si necesita más espacio, marque esta casilla y adjunte otra página.**
- Necesito que el Estado me proporcione un intérprete gratuitamente. (Un familiar o amigo no puede actuar como intérprete para usted en la audiencia.)**

Mi idioma o dialecto es el: _____

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

FECHA DE NACIMIENTO NÚMERO DE TELÉFONO

DIRECCIÓN

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 mi permiso para que esta persona vea mi expediente 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

CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL