

# NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN

CONDADO DE \_\_\_\_\_

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

## PARIENTE APROBADO PROVEEDOR DE CUIDADO (ARC) PAGO EXCESIVO

Fecha de la notificación: \_\_\_\_\_

Nombre del caso: \_\_\_\_\_

Número del trabajador del caso: \_\_\_\_\_

Nombre del trabajador del caso: \_\_\_\_\_

Número del caso: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

(ADDRESSEE)

### Para parientes aprobados proveedores de cuidado que participan en el Programa de Opción de Financiamiento de los Parientes Aprobados Proveedores de cuidado (Programa de ARC):

Esta notificación es para informarle que usted recibió un pago excesivo de los beneficios del Programa de ARC para

\_\_\_\_\_ (NOMBRE DEL NIÑO)  
para el mes(es) 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: \_\_\_\_\_  
(MES/DÍA/AÑO)

(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 partir de \_\_\_\_\_ (fecha) el niño/joven no estaba viviendo en el hogar de usted y usted no lo reportó a su trabajador social del Condado y recibió pagos por él/ella que no tenía derecho a recibir.

Otra: \_\_\_\_\_

Por ley, nosotros podemos cobrar los pagos excesivos del Programa de ARC si el pariente aprobado proveedor de cuidado ocasionó el pago excesivo. Nosotros no podemos requerir que se reembolse el pago excesivo si usted califica para una **exención**. Las excepciones para no hacer el reembolso son:

- El pago excesivo fue ocasionado por un error administrativo del Condado,  
O
- Ni el Condado ni el pariente aprobado proveedor de cuidado sabían ni tampoco contribuyeron a la causa del pago excesivo.
- La ausencia del menor fue temporal y los fondos se usaron para mantener el hogar para cuando él/ella regresara o para las necesidades de él/ella.

**Si 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 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 dio 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. Usted tiene que comunicarse con el trabajador cuyo nombre aparece en la parte superior de esta página para hablar sobre los términos de un acuerdo por escrito de reembolso.

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.

**Ley pertinente:** Secciones 11461.3 y 11466.24 del Código de Bienestar Público e Instituciones; Secciones 22-009, 45-304, 45-305, y 45-306 del Manual de Prácticas y Procedimientos (MPP).

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 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