CONDADO DE

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

NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN - DESCONTINUACIÓN DEL PAGO PARA EL PARIENTE APROBADO PROVEEDOR DE CUIDADO (ARC)

Fecha de la notificación: _____
Nombre del caso: _____
Número: _____
Nombre del trabajador: _____
Número: _____
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. Sus beneficios no cambiarán si usted solicita una audiencia antes que esta acción entre en vigor. Si usted y el Condado no están de acuerdo, o si el trabajador encargado de su caso no se ha comunicado con usted, no espere para solicitar una audiencia. Usted tiene que solicitar una audiencia antes de que pasen cierto número de días. En la siguiente página de esta notificación aparece más información y se le explica cómo solicitar una audiencia.

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):

A partir de _____, el Condado va a descontinuar su
MES/DÍA/AÑO
asistencia monetaria para _____
NOMBRE DEL NIÑO
bajo el Programa de ARC.

La razón es la siguiente:

Usted no es elegible para asistencia monetaria bajo el Programa de ARC debido a una o más de las siguientes razones:

- ☐ Su niño ya no está colocado con usted.
- ☐ Su hogar ya no está aprobado, y usted recibió una "Notificación de acción-Negación de la evaluación del hogar/aprobación" (NA 1271) del Condado explicando la razón.
- ☐ El niño ya no está bajo la jurisdicción del tribunal de menores de California.
- ☐ Usted ya no vive en California.
- ☐ El niño ya no vive en California.
- ☐ El niño ya no es elegible debido a su edad.
- ☐ Otra _____

Reglas: Las siguientes reglas, las cuales puede revisar en la oficina de bienestar público del Condado, son pertinentes: Sección 11461.3 del Código de Bienestar Público e Instituciones, *Senate Bill*[1] 855 (Capítulo 29, Estatutos del 2014); Sección 58 del Capítulo 20 de los Estatutos del 2015; Notificación informativa para todos los Condados 1-42-14; Cartas para todos los Condados 14-89, 15-20, 15-20E, y 15-83; y Cartas fiscales para los Condados 14-15-45, 14-15-52, 14-15-58, 15-16-07, y 15-16-24.

[1] *Senate Bill* = Iniciativa de ley del Senado

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 descontinuemos 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