

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. En la siguiente página se le explica cómo solicitarla. Es posible que sus beneficios no cambien si usted solicita una audiencia antes que esta acción entre en vigor.

**Cantidad mensual de asistencia monetaria**

**Sección A. Ingresos contables del mes de \_\_\_\_\_**

1. Ingresos provenientes de un trabajo por cuenta propia ..... \$ \_\_\_\_\_
  2. Gastos del trabajo por cuenta propia:
    - 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) (unidad de asistencia + personas que no son miembros de la unidad de asistencia) ..... \$ \_\_\_\_\_
  5. Deducción de \$225 por DBI (si el #4 es más de \$225) .. - \_\_\_\_\_
  6. Ingresos no ganados basados en incapacidad/ discapacidad que no están exentos ..... = \_\_\_\_\_
  - O
  7. Cantidad de la deducción de DBI que no se usó ..... = \_\_\_\_\_
  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 \$225 (del #7) ..... - \_\_\_\_\_
  11. Subtotal ..... = \_\_\_\_\_
  12. Deducción del 50% por ingresos ganados..... - \_\_\_\_\_
  13. Subtotal ..... = \_\_\_\_\_
  14. Ingresos no ganados basados en incapacidad/ discapacidad que no están exentos (del #6) ..... + \_\_\_\_\_
  15. Subtotal ..... = \_\_\_\_\_
  16. Otros ingresos no exentos (unidad de asistencia + personas que no son miembros de la unidad de asistencia) ..... + \_\_\_\_\_
- Ingresos netos contables..... = \_\_\_\_\_**

**Sección B. Su asistencia monetaria - Mes de \_\_\_\_\_**

1. Asistencia máxima para \_\_\_\_\_ personas (unidad de asistencia + personas que no son miembros de la unidad de asistencia) ..... \$ \_\_\_\_\_
2. Necesidades especiales (unidad de asistencia + personas que no son miembros de la unidad de asistencia) ..... + \_\_\_\_\_
3. Ingresos netos contables de la Sección A (arriba)..... - \_\_\_\_\_
4. Subtotal ..... = \_\_\_\_\_
5. Asistencia máxima para \_\_\_\_\_ personas (unidad de asistencia solamente) (excluyendo a las personas sancionadas o sujetas a la regla sobre el pago máximo que una familia puede recibir - MFG) ..... \$ \_\_\_\_\_
6. Necesidades especiales (unidad de asistencia solamente) .... + \_\_\_\_\_
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: Sanciones del 25% por mantenimiento de hijos .. - \_\_\_\_\_
  - Otras sanciones ..... - \_\_\_\_\_
  - Pago excesivo ..... - \_\_\_\_\_
  - Sanciones de Cal-Learn\* ..... - \_\_\_\_\_
  - Bonificación escolar (\$100 ó \$500)..... + \_\_\_\_\_
11. **Cantidad mensual de asistencia monetaria** (Línea 8 ó 9 después de los ajustes) ..... \$ \_\_\_\_\_

**Medi-Cal:** Esta notificación NO cambia ni descontinúa sus beneficios de Medi-Cal (Programa de Asistencia Médica de California). **Continúe usando sus tarjetas de plástico de identificación de beneficios.** Usted recibirá otra notificación que le informe de cualquier cambio en sus beneficios de cuidado de la salud.

**CalFresh:** Esta notificación NO cambia ni descontinúa sus beneficios del Programa de CalFresh (conocido antes como el Programa de Estampillas para Comida). Usted recibirá una notificación por separado que le informe de cualquier cambio en sus beneficios de CalFresh.

El recibir solamente Medi-Cal y/o beneficios de CalFresh NO cuenta en su contra hacia los límites de tiempo para recibir asistencia monetaria.

**Reglas:** Las siguientes reglas, las cuales puede revisar en la oficina de bienestar público, son pertinentes: Manual de Prácticas y Procedimientos (MPP) 44-100, 44-314, 44-315; Iniciativa de ley del Senado (SB) 1041 (Capítulo 47, Estatutos del 2012).

\*Cal-Learn (un programa de California para la educación de los padres adolescentes que reciben asistencia monetaria)

## 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