

NOTIFICACION DE ACCION

CONDADO DE _____

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

NEGACION, DESCONTINUACION, SUSPENSION PRUEBA DEL 185%

Fecha de la notificación : _____
 Nombre del caso : _____
 Número del trabajador : _____
 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 el reverso de esta hoja se le explica cómo solicitarla. Es posible que sus beneficios no cambien si usted solicita una audiencia antes que esta acción entre en vigor.

Ingresos brutos de la familia en (Unidad de asistencia + personas que no forman parte de la unidad de asistencia)	_____ (MES)
_____	\$ _____
_____	+ _____
_____	+ _____
_____	+ _____
Total de ingresos brutos	= _____

Necesidades de la familia en	_____ (MES)
Necesidades básicas para _____ personas (Unidad de asistencia + personas que no forman parte de la unidad de asistencia)	\$ _____
Necesidades especiales (unidad de asistencia solamente)	+ _____
Total de necesidades	= _____
185% de las necesidades	x 1.85 = _____

Medi-Cal: Esta notificación NO cambia ni suspende sus beneficios de Medi-Cal (Programa de Asistencia Médica de California). **Conserve sus tarjetas de plástico de identificación de beneficios.**

Reglas: Las siguientes reglas, las cuales puede revisar en la oficina de bienestar público, son pertinentes: MPP