

NOTIFICACION DE ACCION

CONDADO DE _____

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

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 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.

A partir de _____, el Condado ha aprobado su asistencia monetaria retroactiva de \$ _____.

EL MOTIVO ES EL SIGUIENTE:

Usted estaba embarazada y/o era padre/madre cuando cumplió 18 años de edad y su asistencia monetaria fue suspendida. En su propio caso, usted debió de haber continuado recibiendo asistencia monetaria.

Su asistencia monetaria retroactiva se calcula en la siguiente página.

- Pronto se le enviará un cheque.
- Adjunto se encuentra el cheque.
- Es posible que reciba otra notificación sobre la cantidad adicional o servicios de Cal-Learn (un programa de California para la educación de los padres adolescentes que reciben asistencia monetaria).

Si usted recibe estampillas para comida, consideraremos su asistencia monetaria retroactiva como un recurso.

- Es posible que reciba otra notificación del Programa de Estampillas para Comida.

Medi-Cal: Esta notificación NO cambia ni suspende sus beneficios del Programa de Asistencia Médica de California (Medi-Cal). Si hay un cambio en sus beneficios de Medi-Cal, usted recibirá otra notificación.

Guarde su(s) Tarjeta(s) de plástico de Identificación de Beneficios.

Reglas: Las siguientes reglas, las cuales puede revisar en la oficina de bienestar público, son pertinentes: Las secciones del Manual de Prácticas y Procedimientos (MPP) 40-171.11, 42-101, 42-762.21, 82-820.

NOTIFICACION DE ACCION

CONDADO DE _____

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

(Continuación)

Cantidad que se debe por pagos insuficientes
(Para pagos insuficientes que ocurrieron el
1° de enero de 1998 o después de esa fecha)

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

Mes y año de los pagos insuficientes: _____

(A) Ingresos netos contables					
Total de ingresos provenientes de un negocio	\$	_____	_____	_____	_____
Gastos del negocio		_____	_____	_____	_____
A. Estándar del 40% <input type="radio"/>	-	_____	_____	_____	_____
B. Gastos verdaderos <input type="radio"/>	-	_____	_____	_____	_____
Ingresos netos de trabajo por cuenta propia	=	_____	_____	_____	_____
Total de ingresos no ganados basados en incapacidad/ discapacidad (unidad de asistencia [AU] + personas que no son parte de la unidad de asistencia [no AU])	\$	_____	_____	_____	_____
Deducción de \$225	-	_____	_____	_____	_____
Ingresos no ganados basados en la incapacidad/ discapacidad que no están exentos <input type="radio"/>	=	_____	_____	_____	_____
Cantidad que no se usó de la deducción de \$225	=	_____	_____	_____	_____
Total de ingresos ganados	\$	_____	_____	_____	_____
Ingresos netos de trabajo por cuenta propia (de la parte de arriba)	+	_____	_____	_____	_____
Subtotal	=	_____	_____	_____	_____
Cantidad que no se usó de la deducción de \$225	-	_____	_____	_____	_____
Deducción del 50% por ingresos ganados	-	_____	_____	_____	_____
Ingresos no ganados basados en la incapacidad/ discapacidad que no están exentos (de la parte de arriba)	+	_____	_____	_____	_____
Otros ingresos no exentos (AU + no AU)	+	_____	_____	_____	_____
Ingresos netos contables	=	_____	_____	_____	_____
(B) Pago correcto de asistencia monetaria					
Pago máximo de asistencia: (No. de personas) y la cantidad \$ (AU + no AU)	()	()	()	()	()
Necesidades especiales (AU + no AU)	+	_____	_____	_____	_____
Ingresos netos contables	-	_____	_____	_____	_____
Subtotal A	=	_____	_____	_____	_____
Pago máximo de asistencia (MAP) (Solamente AU)	\$	_____	_____	_____	_____
Necesidades especiales (Solamente AU)	+	_____	_____	_____	_____
Subtotal B	=	_____	_____	_____	_____
Cantidad correcta de asistencia monetaria (Cantidad menor de los subtotales A o B)	\$	_____	_____	_____	_____
(C) Ajuste por sanción de mantenimiento de hijos					
Sanción del 25% por mantenimiento de hijos	-	_____	_____	_____	_____
Subtotal C	=	_____	_____	_____	_____
(D) Ajustes					
a. Sanción adicional del 25% por mantenimiento de hijos	-	_____	_____	_____	_____
b. Pago excesivo	-	_____	_____	_____	_____
c. Sanción de Cal-Learn*	-	_____	_____	_____	_____
d. Cantidad adicional (<i>bonus</i>) de Cal-Learn*	+	_____	_____	_____	_____
Asistencia monetaria después de los ajustes	Subtotal D	=	_____	_____	_____
(E) Pago insuficiente					
Cantidad correcta de asistencia monetaria	\$	_____	_____	_____	_____
Asistencia monetaria que se le pagó a usted	-	_____	_____	_____	_____
Subtotal E	=	_____	_____	_____	_____
Cantidad del pago insuficiente para cada mes	=	_____	_____	_____	_____

Reglas: Las siguientes reglas, las cuales puede revisar en la oficina de bienestar público, son pertinentes: MPP 44-340
Audiencia con el estado: Si usted cree que esta acción está equivocada, puede solicitar una audiencia. En el reverso de la página 1, se le explica cómo solicitarla.

TOTAL DE LOS PAGOS INSUFICIENTES (todos los meses) \$ _____

*Cal-Learn es un programa de California para la educación de los padres adolescentes que reciben asistencia monetaria.