

NOTIFICACIÓN DE PAGO EXCESIVO/PAGO INSUFICIENTE EN RELACIÓN A LOS SERVICIOS DE APOYO DEL PROGRAMA PARA LA TRANSICIÓN DE LA ASISTENCIA PÚBLICA AL TRABAJO (Welfare to Work - WTW)/CAL-LEARN (Programa de California para la educación de los padres adolescentes que reciben asistencia monetaria)

CONDADO DE:
ADDRESSEE:

FECHA DE LA NOTIFICACIÓN:
NOMBRE DEL CASO:
NÚMERO DEL CASO:
NOMBRE DEL TRABAJADOR:

- Se le pagó de más por los siguientes servicios de apoyo en relación a los meses de:
Gastos de transporte
Gastos relacionados al trabajo/entrenamiento
Gastos relacionados a la educación

LA RAZÓN ES LA SIGUIENTE:

- No tuvo un motivo justificado para no participar en la actividad asignada que se indica a continuación:
Se le hizo un pago por adelantado para, el cual usted no usó para pagar sus gastos de WTW/Cal-Learn.
Otra:

- Se le hizo un pago insuficiente para:
Gastos de transporte
Gastos relacionados a la educación
Gastos relacionados al trabajo/entrenamiento; por la cantidad de \$ debido a

A continuación se indica cuánto se le pagó, o lo que el condado pagó a nombre de usted, la cantidad que se le debió haber pagado y la cantidad total que usted debe.

Table with 5 columns: Description, \$, \$, \$, \$
Rows include: CANTIDAD QUE SE PAGÓ, MENOS LA CANTIDAD QUE SE LE DEBIÓ HABER PAGADO, CANTIDAD DEL PAGO EXCESIVO, TOTAL DEL PAGO EXCESIVO (LO QUE USTED DEBE) EN RELACIÓN A ESTA NOTIFICACIÓN, MÁS EL TOTAL DE PAGOS EXCESIVOS ANTERIORES QUE TODAVÍA DEBE, MENOS EL PAGO INSUFICIENTE, NUEVA CANTIDAD TOTAL QUE USTED DEBE, CANTIDAD TOTAL QUE LE DEBEMOS A USTED.

SOLO LAS CASILLAS QUE ESTÁN MARCADAS A CONTINUACIÓN SON PERTINENTES A USTED:

- Usted tiene que reembolsar lo que debe. Tiene 10 días a partir de la fecha en que se le envió por correo esta notificación, para:
pagar todo lo que debe, completar y devolver el acuerdo de reembolso que se adjunta, o
llamar al condado al para hablar sobre un acuerdo de reembolso entre usted y el condado.
Si no paga lo que debe ni se comunica con el condado antes de que pasen 10 días después de la fecha en que se le envió por correo esta notificación, el condado le cobrará el pago excesivo reduciendo la cantidad de sus pagos de servicios de apoyo.
La cantidad que se le cobre será el 5% de su pago de servicios de apoyo, si el pago excesivo fue causado por el condado; y el 10% de su pago de servicios de apoyo, si el pago excesivo fue causado por usted.
El cobro del pago excesivo continuará durante cada mes en que usted solicite un pago, hasta que la cantidad que debe se termine de pagar.
Esto quiere decir que su siguiente pago de servicios de apoyo de hasta \$ se reducirá no más de \$.
Es posible que no tenga que hacer pagos de reembolso durante los meses en que esté en WTW/Cal-Learn si usted:
no tiene suficiente dinero para pagar cuidado de niños, transporte y/o gastos relacionados al trabajo/entrenamiento, y/o gastos relacionados a la educación para participar en WTW/Cal-Learn, y/o
tiene que cambiar los arreglos para cuidado de niños que tiene ahora.
Si cualquiera de las razones indicadas arriba son pertinentes a usted, llame a su trabajador/trabajador encargado del caso para que le permitan retrasar el reembolso.
Ya usted le indicó al condado que no puede comenzar a reembolsar el pago excesivo mientras esté en WTW/Cal-Learn. El condado le permitirá retrasar este reembolso.

COMUNÍQUESE CON SU TRABAJADOR/TRABAJADOR ENCARGADO DEL CASO SI PIENSA QUE ESTA NOTIFICACIÓN ESTÁ EQUIVOCADA. TAMBIÉN PUEDE PEDIR UNA AUDIENCIA CON EL ESTADO. EL FORMULARIO "SUS DERECHOS A UNA AUDIENCIA" LE INDICA CÓMO SOLICITAR UNA AUDIENCIA.

Si deja de recibir asistencia antes que el pago excesivo se haya terminado de pagar, y no continúa pagando, es posible que el condado tome lo que usted debe de su devolución de impuestos estatales sobre los ingresos o use otras medidas para cobrarle.
No tiene que usar lo que recibe en beneficios del Seguro Social o del SSI (Programa de Ingresos Suplementales de Seguridad) para reembolsar el pago excesivo.
Si paga con cheque o giro, envíelo o tráigalo a:
Dirección:
Si va a pagar en efectivo, pague en persona. NO ENVÍE DINERO EN EFECTIVO POR CORREO. Asegúrese de pedir un recibo numerado que tenga el nombre del condado.

REGLAS: Las siguientes reglas son pertinentes: Normas para la Implementación de CalWORKs (Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños), Sección VII, Código de Bienestar Público e Instituciones 11004, 11323.4

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 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), 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 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, 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:

Asist. monetaria Estamp. 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 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 Estampillas para comida Medi-Cal

Otro (anote) _____

La razón es la siguiente: _____
