

NOTIFICACIÓN FINAL DE PAGO EXCESIVO EN LOS SERVICIOS DE APOYO DEL PROGRAMA PARA LA TRANSICIÓN DE LA ASISTENCIA PÚBLICA AL TRABAJO/CAL-LEARN

CONDADO DE: _____
ADDRESSEE

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

Le informamos en _____ que se le pagó de más en los siguientes servicios de apoyo:

- gastos de transporte gastos relacionados al trabajo/entrenamiento gastos relacionados a la educación

La cantidad del pago excesivo que aún debe y que tiene que pagar ahora es de \$ _____.

LA RAZÓN ES LA SIGUIENTE:

- No consintió en hacer el reembolso.
- No pagó de la manera en que acordó hacerlo.
- Ya no está participando en el Programa para la Transición de la Asistencia Pública al Trabajo (*Welfare to Work - WTW*)/Cal-Learn (un programa de California para la educación de los padres adolescentes que reciben asistencia monetaria), y ya no funciona su método de reembolso.
- Ya no está recibiendo asistencia monetaria, y ya no funciona su método de reembolso.
- No tenía que hacer el reembolso mientras que participara en WTW/Cal-Learn. Ahora tiene que hacer el reembolso.
- Otra: _____

CANTIDAD TOTAL DEL PAGO EXCESIVO	MENOS LA CANTIDAD QUE YA PAGÓ	CANTIDAD TOTAL QUE DEBE
\$ _____	- \$ _____	= \$ _____

Usted tiene que reembolsarle al condado lo que le debe o ponerse en contacto con el condado para formalizar un plan para pagar lo que debe, antes de que pasen diez días contados a partir de la fecha en que se le envió esta notificación.

Si no reembolsa al condado lo que le debe o no se pone en contacto con el condado para formalizar un plan de reembolso, el condado puede cobrar lo que usted debe de su devolución de impuestos estatales sobre los ingresos, o puede tomar otra acción para cobrar la cantidad que debe.

Si recibe asistencia monetaria, puede pedir que se reduzca su pago mensual de asistencia monetaria para pagar lo que debe.

No tiene que usar los beneficios que reciba del Seguro Social o de SSI (Ingresos Suplementales de Seguridad) para reembolsar este pago excesivo.

Si paga con cheque o giro, envíelo o tráigalo a:

Dirección:

Si paga en efectivo, pague en persona. **NO ENVÍE EFECTIVO.** Asegúrese de pedir un recibo numerado con el nombre del condado en el mismo.

Si tiene preguntas llame a _____.

SI CREE QUE HAY UN ERROR EN ESTA NOTIFICACIÓN, COMUNÍQUESE CON SU TRABAJADOR/ADMINISTRADOR DE CASOS. TAMBIÉN PUEDE PEDIR UNA AUDIENCIA CON EL ESTADO. EL FORMULARIO "SUS DERECHOS A UNA AUDIENCIA" LE EXPLICA CÓMO PEDIRLA.

REGLAS: Las siguientes reglas, las cuales puede revisar en la oficina de bienestar público, son pertinentes: Normas para la Implementación de CalWORKs, 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: _____

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