DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES
744 P Street, Sacramento, CA 95814

June 20, 1997

ALL COUNTY INFORMATION NOTICE NO. I-38-97

TO: ALL COUNTY WELFARE DIRECTORS

REASON FOR TRANSMITTAL

[ ] State Law Change
[ ] Federal Law Change
[ ] Court Order or Settlement Agreement
[ ] Clarification Requested by One or More Counties
[X] Initiated by CDSS

SUBJECT: REVISED FOOD STAMP FORMS: DFA 377.4 "FOOD STAMP NOTICE OF CHANGE", AND DFA 377.7F " FOOD STAMP REPAYMENT NOTICE FOR AN INTENTIONAL PROGRAM VIOLATION (IPV) OR STATUS CHANGE FROM INADVERTENT HOUSEHOLD ERROR (IHE) TO AN IPV"

This letter transmits copies of the revised DFA 377.4 (6/96), "Food Stamp Notice of Change", and the DFA 377.7F (6/96), " Food Stamp Repayment Notice for an Intentional Program Violation (IPV) or Status Change from Inadvertent Household Error (IHE) to an IPV". These forms have been revised to be used when changing from an IHE overissuance collection to an IPV overissuance collection.

The DFA 377.4 is a multiple purpose "Food Stamp Notice of Change" form that can now be used also when the IHE becomes an IPV and is collected at a higher rate. A paragraph has been added to the Change in Benefits section to reflect this revision. The DFA 377.7F is a "Food Stamp Repayment Notice for an IPV" form that has been modified to also reflect a status change from IHE to IPV. This Repayment Notice is to be used also when a claim is changed from an IHE to an IPV and causes a change to the total amount of the claim, the period of time covered or recomputes the claim disallowing earned income deductions. A paragraph has been added to reflect this change.

CAMERA READY COPIES

County Welfare Departments (CWDs) that need a camera-ready copy of the DFA 377.4 (6/96) and DFA 377.7F (6/96) may call the Forms Management Unit at (916) 657-1984 or CALNET 437-1984.

STOCK

Enclosed are reproducible copies of the DFA 377.4 (6/96) and DFA 377.7F (6/96). These may also be ordered from the California Department of Social Services (CDSS) warehouse by following the forms ordering procedures outlined in the County Forms Catalog.

TRANSLATIONS

Counties that need a camera-ready copy of the forms should call:

- For English and Spanish: the Forms Management Bureau at (916) 657-1984 or CALNET 437-1984.
- For the Asian language version (Chinese, Cambodian and Vietnamese): the Language Services Bureau at (916) 654-1305 or CALNET at 464-1305.

CONTACTS

If you have any questions or need further information, please contact the following Food Stamp Program staff regarding the specific program areas:

- Implementation and/or use of the DFA 377.4 (6/96) and DFA 377.7F (6/96) for IHE and IPV overissuance collections: Alan Rowe, (916) 653-5208 or CALNET 453-5208.
- Food Stamp Forms: Melissa Buchanan at (916) 654-8467 or CALNET 464-8467.

Bruce Wagstaff

BRUCE WAGSTAFF
Deputy Director
Welfare Programs Division

Enclosures

DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES
744 P Street, Sacramento, CA 95814

June 20, 1997

ALL COUNTY INFORMATION NOTICE NO. I-38-97

TO: ALL COUNTY WELFARE DIRECTORS

REASON FOR TRANSMITTAL

[ ] State Law Change
[ ] Federal Law Change
[ ] Court Order or Settlement Agreement
[ ] Clarification Requested by One or More Counties
[X] Initiated by CDSS

SUBJECT: REVISED FOOD STAMP FORMS: DFA 377.4 "FOOD STAMP NOTICE OF CHANGE", AND DFA 377.7F " FOOD STAMP REPAYMENT NOTICE FOR AN INTENTIONAL PROGRAM VIOLATION (IPV) OR STATUS CHANGE FROM INADVERTENT HOUSEHOLD ERROR (IHE) TO AN IPV"

This letter transmits copies of the revised DFA 377.4 (6/96), "Food Stamp Notice of Change", and the DFA 377.7F (6/96), " Food Stamp Repayment Notice for an Intentional Program Violation (IPV) or Status Change from Inadvertent Household Error (IHE) to an IPV". These forms have been revised to be used when changing from an IHE overissuance collection to an IPV overissuance collection.

The DFA 377.4 is a multiple purpose "Food Stamp Notice of Change" form that can now be used also when the IHE becomes an IPV and is collected at a higher rate. A paragraph has been added to the Change in Benefits section to reflect this revision. The DFA 377.7F is a "Food Stamp Repayment Notice for an IPV" form that has been modified to also reflect a status change from IHE to IPV. This Repayment Notice is to be used also when a claim is changed from an IHE to an IPV and causes a change to the total amount of the claim, the period of time covered or recomputes the claim disallowing earned income deductions. A paragraph has been added to reflect this change.

CAMERA READY COPIES

County Welfare Departments (CWDs) that need a camera-ready copy of the DFA 377.4 (6/96) and DFA 377.7F (6/96) may call the Forms Management Unit at (916) 657-1984 or CALNET 437-1984.

COUNTY OF

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND WELFARE AGENCY
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

FOOD STAMP REPAYMENT NOTICE FOR AN INTENTIONAL PROGRAM VIOLATION (IPV) OR STATUS CHANGE FROM INADVERTENT HOUSEHOLD ERROR (IHE) TO AN IPV

Notice Date : _____
Case
Name : _____
Number : _____
Worker
Name : _____
Number : _____
Telephone : _____
Address : _____

(ADDRESSEE)

Questions? Ask your Worker.

State Hearing: You can ask for a hearing on this action, **unless** you already had a hearing on the **cause** of this overissuance. If you think the new amount of food stamps you owe is incorrect, you can ask for a hearing. The back of this page tells how. Your benefits may not be changed if you ask for a hearing before this action takes place.

You or a member of your household broke a Food Stamp rule on purpose.

Too many Food Stamps were issued to:

☐ You.
☐ _____, whom you sponsor.

Here's why:

☐ **You have already been told about this overissuance of food stamps and the County may have been giving you less food stamps each month because of it. It has been decided in court or by state administrative hearing that this is an Intentional Program Violation (IPV) or you have signed a Disqualification Consent Agreement or an Administrative Disqualification Hearing Waiver and this is now an IPV. This notice has information about the amount you now owe, which may be more than the amount you were told about before. The County has been collecting the overissuance at 10% or $10 (whichever is more) of your monthly allotment. The county can now collect up to 20% or $10 (whichever is more) of your monthly allotment, so the amount of food stamps that you get may change.**

You must repay the extra Food Stamps.

$_____ in extra Food Stamps were issued for the period _____.

☐ This amount was reduced by $_____ because we owed the household benefits from past months or we received repayment of part of the amount owed.

☐ This amount was increased by $_____because your overissuance has been refigured since it became an IPV.

You now owe $_____.

Rules: These rules apply: 63-801.32
You may review them at your welfare office.

YOU MUST EITHER:

- Pay in full, or
- Sign the Repayment Agreement and pay as agreed.
  - Complete, sign and return the enclosed Repayment Agreement (DFA 377.7G).
  - Your repayment agreement will be based on your current ability to pay as figured by the county. Any changes in your ability to pay may change your monthly payments.

☐ If you do not sign and return the agreement within 30 days after the date of this notice the amount of Food Stamps you get will be reduced by_____beginning_____.

- If you do not agree to pay, the county may use other ways of collecting the amount owed such as through the courts.
- Even if you agree to pay back what you owe, IPV penalties will apply.
- If the county sues you for the amount due, you may also be required to pay court costs.
- If you do not pay the amount owed, the county may take your state income tax refund and/or ask the court to attach your wages or any property you own.
- **You do not have to use any Social Security or SSI benefits you get to repay this overissuance.**

Warning: If you believe this overissuance is wrong, this is your last chance to ask for a hearing. If you stay on food stamps the county can lower your food stamps to collect the overissuance. If you go off food stamps before the overissuance is paid back, the county may take what you owe out of your income tax refund.

YOUR HEARING RIGHTS

To Ask For a State Hearing

- You only have 90 days to ask for a hearing. The 90 days started the day after we gave or mailed you this notice.
- You have a much shorter time to ask for a hearing if you want to keep your same benefits.

To Keep Your Same Benefits While You Wait For a Hearing

You must ask for a hearing before the action takes place.

- Your Cash Aid will stay the same until your hearing.
- Your Medi-Cal will stay the same until your hearing.
- Your Food Stamps will stay the same until the hearing or the end of your certification period, whichever is earlier.
- Your Transitional Child Care (TCC) will stay the same until the hearing or the end of your eligibility period, whichever is earlier. **For all other child care programs, your benefits will NOT stay the same until your hearing.**
- If the hearing decision says we are right, you will owe us for any extra cash aid or food stamps you got.

To Have Your Benefits Cut Now

If you want your Cash Aid or Food Stamps cut while you wait for a hearing, check one or both boxes.

☐ Cash Aid ☐ Food Stamps

To Get Help

You can ask about your hearing rights or free legal aid at the state information number.

Call toll free: 1-800-952-5253

If you are deaf and use TDD, call: 1-800-952-8349

You may get free legal help at your local legal aid office or welfare rights group.

Other Information

Child and/or Medical Support: The District Attorney's office will help you collect support even if you are not on cash aid. There is no cost for this help. If they now collect support for you, they will keep doing so unless you tell them in writing to stop. They will send you any current support money collected. They will keep past due money collected that is owed to the county.

Family Planning: Your welfare office will give you information when you ask for it.

Hearing File: If you ask for a hearing, the State Hearing Office will set up a file. You have the right to see this file. The State may give your file to the Welfare Department, the U.S. Department of Health and Human Services and the U.S. Department of Agriculture. (W. & I. Code Section 10950).

HOW TO ASK FOR A STATE HEARING

The best way to ask for a hearing is to fill out this page. Make a copy of the front and back for your records. Then, send or take this page to:

Your worker will get you a copy of this page if you ask. Another way to ask for a hearing is to call 1-800-952-5253. If you are deaf and use TDD, call: 1-800-952-8349.

HEARING REQUEST

I want a hearing because of an action by the Welfare Department of _____ County about my

☐ Cash Aid ☐ Food Stamps ☐ Medi-Cal ☐ Child Care

☐ Other (list) _____

Here's why: _____

☐ Check here and add a page if you need more space.

☐ I want the person named below to represent me at this hearing. I give my permission for this person to see my records or come to the hearing for me.

NAME _____

ADDRESS _____

☐ I need a free interpreter.
My language or dialect is: _____

My name: _____

Address: _____

Phone: _____

My case number: _____

My signature: _____

Date: _____

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND WELFARE AGENCY
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

CONDADO DE

NOTIFICACION PARA EL REEMBOLSO DE ESTAMPILLAS PARA COMIDA DEBIDO A UNA VIOLACION INTENCIONAL DEL PROGRAMA (IPV) O A UN CAMBIO DE CLASIFICACION, DE UN ERROR INADVERTIDO DEL GRUPO PARA FINES DE ESTAMPILLAS PARA COMIDA (IHE) A UNA IPV

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. Usted puede pedir una audiencia en relación a esta acción, **a menos que** ya haya tenido una audiencia sobre **la razón** de esta emisión excesiva. Si cree que la nueva cantidad de estampillas para comida que debe es incorrecta, puede pedir una audiencia. En la parte de atrás de esta hoja se le explica cómo hacerlo. Es posible que sus beneficios no cambien si usted solicita una audiencia antes que esta acción entre en vigor.

Usted o un miembro de su grupo para fines de estampillas para comida violó a propósito una regla del Programa de Estampillas para Comida.

Se le expidieron demasiadas estampillas para comida a:

☐ usted.
☐ _____, a quien usted patrocina.

La razón es la siguiente:

☐ **Ya se le informó acerca de esta emisión excesiva de estampillas para comida y debido a la misma, es posible que el condado haya reducido la cantidad de estampillas para comida que usted recibe mensualmente. Se decidió en una corte o en una audiencia administrativa del estado que esta emisión excesiva fue el resultado de una Violación Intencional del Programa (IPV) o usted firmó un "Acuerdo de consentimiento a descalificación" o una "Renuncia a una audiencia administrativa de descalificación" y esto ahora se considera una IPV. Esta notificación contiene información acerca de la cantidad que debe ahora, la cual puede ser mayor a la cantidad que se le dijo que debía anteriormente. El condado ha estado reduciendo el 10% o $10 dólares (la cantidad que sea mayor) de su asignación mensual para reembolsar la emisión excesiva. El condado ahora puede reducir hasta el 20% o $10 dólares (la cantidad que sea mayor) de su asignación mensual. Por esta razón es posible que cambie la cantidad de estampillas para comida que usted recibe.**

Usted tiene que reembolsar las estampillas para comida adicionales que recibió.

Se expidieron $_____ en estampillas para comida adicionales para el período de _____.

☐ Esta cantidad se redujo $_____ porque le debíamos beneficios al grupo para fines de estampillas para comida correspondientes a meses anteriores o recibimos un reembolso parcial de la cantidad que se debía.

☐ Esta cantidad aumentó $ _____ porque se volvió a calcular su emisión excesiva cuando se determinó que existía una IPV.

Ahora debe $_____.

Reglas. Las siguientes reglas, las cuales puede revisar en la oficina de bienestar, son pertinentes: MS 63-801.32

USTED TIENE QUE:

- pagar por completo, o
- firmar el convenio de reembolso y pagar en la forma acordada.
  - Complete, firme y devuelva el formulario DFA 377.7G - "Convenio para el reembolso de estampillas para comida solamente para una Violación Intencional del Programa (IPV)".
  - Su convenio de reembolso se basará en su capacidad actual para pagar de la manera en que la calcule el condado. Cualquier cambio que ocurra en su capacidad de pagar, pudiera cambiar sus pagos mensuales.

☐ Si no firma y devuelve el convenio antes de que pasen 30 días contados a partir de la fecha de esta notificación, la cantidad de estampillas para comida que usted recibe será reducida $_____ comenzando en _____.

- Si no está de acuerdo en pagar, es posible que el condado utilice otros medios para cobrar la cantidad que debe, por ejemplo, a través de la corte.
- Aun cuando esté de acuerdo en reembolsar lo que debe, aplicarán las sanciones sobre IPV.
- Si el condado lo demanda para que pague la cantidad que debe, es posible que también se le requiera pagar gastos judiciales.
- Si no paga la cantidad que debe, el condado puede interceptar su devolución estatal de impuestos sobre ingresos y/o presentar una petición a la corte para embargar su sueldo o cualquier otra clase de propiedad de que usted sea dueño.
- **No tiene que usar beneficios que reciba del Seguro Social o del Ingreso Suplemental de Seguridad (SSI) para reembolsar esta emisión excesiva.**

AVISO: Esta es su última oportunidad para solicitar una audiencia si usted cree que esta emisión excesiva está equivocada. Si continúa recibiendo estampillas para comida el condado puede reducir su cantidad de estampillas para comida para pagar la emisión excesiva. Si deja de recibir estampillas para comida antes de que se pague la emisión excesiva, es posible que el condado tome la cantidad que usted debe de su devolución de impuestos sobre ingresos.

SUS DERECHOS A UNA AUDIENCIA

Para pedir una audiencia con el estado

- Usted tiene solamente 90 días para solicitar una audiencia. Los 90 días comenzaron un día después de la fecha en que le dimos o enviamos esta notificación.
- Si desea seguir recibiendo los mismos beneficios, tiene menos tiempo para pedir una audiencia .

Para conservar sus mismos beneficios mientras espera una audiencia

Tiene que solicitar la audiencia antes que la acción entre en vigor.

- Su asistencia monetaria permanecerá sin cambios hasta que se lleve a cabo su audiencia.
- Su Medi-Cal permanecerá sin cambios hasta que se lleve a cabo su audiencia.
- Sus estampillas para comida permanecerán sin cambios hasta que se lleve a cabo la audiencia o hasta el fin de su período de certificación; lo que ocurra primero.
- Sus pagos del Programa de Transición de Cuidado de Niños (TCC) permanecerán sin cambios hasta que se lleve a cabo la audiencia o hasta el fin del período en que usted reúna los requisitos; lo que ocurra primero. **Con respecto a todos los otros programas de cuidado de niños, sus beneficios NO permanecerán sin cambios hasta que se lleve a cabo su audiencia.**
- Si la decisión de la audiencia indica que estamos en lo correcto, usted nos deberá cualquier asistencia monetaria o estampillas para comida que usted haya recibido de más.

Para que se descontinúen ahora sus beneficios

Si usted desea que se descontinúe su asistencia monetaria o sus estampillas para comida mientras espera una audiencia, marque una o ambas casillas.

☐ Asistencia monetaria ☐ Estampillas para Comida

Para obtener ayuda

Puede obtener información acerca de sus derechos a una audiencia o asesoría legal gratuita llamando al teléfono de información del estado.

Número gratuito:	1-800-952-5253
Si es sordo y usa TDD:	1-800-952-8349

Es posible que pueda obtener asesoría legal gratuita en la oficina local de asesoramiento legal (legal aid) o del grupo de derechos de las personas que reciben asistencia pública.

Otra información

Mantenimiento de hijos y/o mantenimiento médico: La oficina del Fiscal del Distrito le ayudará a cobrar mantenimiento de hijos aun cuando no esté recibiendo asistencia monetaria. Este servicio es gratuito. Si en la actualidad están cobrando mantenimiento de hijos a su nombre, ellos continuarán haciéndolo hasta que usted les dé aviso por escrito indicándoles que paren. Le enviarán a usted cualesquier cantidades actuales de mantenimiento que cobren. Se quedarán con las cantidades vencidas cobradas que se le deban al condado.

Planificación familiar: Su oficina de bienestar le proporcionará información cuando usted la solicite.

Expediente de la audiencia: Si usted solicita una audiencia, la oficina de audiencias con el estado formará un expediente. Usted tiene el derecho de examinar este expediente. El Estado puede dar su expediente al departamento de bienestar, al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos y al Departamento de Agricultura de los Estados Unidos. (Sección 10950 del Código de Bienestar e Instituciones)

COMO PEDIR UNA AUDIENCIA CON EL ESTADO

La mejor manera de solicitar una audiencia es llenando esta página. Haga una copia del frente y del reverso para sus archivos. Luego envíe esta página a:

Su trabajador(a) le dará a usted una copia de esta página si la pide. Otra manera de solicitar una audiencia es llamando al 1-800-952-5253. Si es sordo y usa TDD, llame al: 1-800-952-8349.

PETICION PARA UNA AUDIENCIA

Deseo solicitar una audiencia a causa de una acción tomada por el

Departamento de Bienestar del Condado de_____

_____, acerca de mi(s)

☐ Asistencia monetaria ☐ Estampillas para Comida

☐ Medi-Cal ☐ Cuidado de Niños ☐ Otro (anote) _____

La razón es la siguiente:_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

☐ Marque aquí y agregue otra hoja si necesita más papel.

☐ Quiero que la persona mencionada abajo me represente en esta audiencia. Le doy permiso a esta persona que vea mis expedientes o que vaya a la audiencia en mi lugar.

NOMBRE_____

DIRECCION_____

_____

☐ Necesito un intérprete sin costo para mí.
Mi idioma es el: _____

Mi nombre: _____

Dirección: _____

_____

Teléfono: _____

Mi No. de caso:_____

Mi firma: _____

Fecha: _____

COUNTY OF

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND WELFARE AGENCY
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

FOOD STAMP NOTICE OF CHANGE

Notice Date :
Case
Name :
Number :
Worker
Name :
Number :
Telephone :
Address :

(ADDRESSEE)

If you have any questions or want more information about this action, please contact your worker.

State Hearing: You can ask for a hearing if you believe the action is wrong. The back of this page tells how to ask for a hearing. If you already had a hearing on the cause of the overissuance that is being collected, you cannot ask for a new hearing, unless you think the new amount of food stamps you are getting because of the overissuance collection is incorrect.

☐ **CHANGE IN BENEFITS.**

Effective_____, your food stamp benefits are changed from $_____ to $_____each month because:

☐ **You have already been told about an overissuance of food stamps and you are getting less food stamps because the County has been reducing your monthly allotment by 10% or $10 (whichever is more) to pay back the food stamps that you got and should not have. It has been decided in court or by a state hearing or because you signed a Disqualification Consent Agreement or an Administrative Disqualification Hearing Waiver that this overissuance is an Intentional Program Violation (IPV). Now your monthly allotment is being changed because the County can begin reducing your allotment by 20% or $10 (whichever is more). If there are any other changes to your monthly food stamp allotment, this form will tell you.**

☐ **SUSPENSION.**

Effective_____, your food stamp benefits are suspended because:

You will not receive any food stamp benefits for_____.

During this period of suspension, you must continue to complete and submit your monthly report (CA 7) so we can determine if you will be eligible for benefits the month after the month of suspension. If you do not submit a complete CA 7 during the month of suspension, your food stamp participation will be terminated.

Rules: These rules apply to the above action(s):

You may review them at your welfare office.

☐ **TERMINATION.**

Effective_____, your food stamp benefits are terminated because:

☐ Based on the reason your benefits are terminated, your household is also disqualified from participating in the Food Stamp Program until_____. You may reapply for benefits at the end of this disqualification period.

☐ **PROPOSED CHANGE IN BENEFITS.**

Effective_____, your food stamp benefits may be reduced or terminated because information needed to determine your continued eligibility or the correct amount of your benefits was not received with your monthly report (CA 7). We must receive the following information by no later than the first day of next month:

If verification of an expense is requested and you do not provide it, the expense will not be allowed when computing next month's benefits. Also, if you do not provide other requested information, your benefits may be reduced or terminated.

YOUR HEARING RIGHTS

To Ask For a State Hearing

- You only have 90 days to ask for a hearing. The 90 days started the day after we gave or mailed you this notice.
- You have a much shorter time to ask for a hearing if you want to keep your same benefits.

To Keep Your Same Benefits While You Wait For a Hearing

You must ask for a hearing before the action takes place.

- Your Cash Aid will stay the same until your hearing.
- Your Medi-Cal will stay the same until your hearing.
- Your Food Stamps will stay the same until the hearing or the end of your certification period, whichever is earlier.
- Your Transitional Child Care (TCC) will stay the same until the hearing or the end of your eligibility period, whichever is earlier. **For all other child care programs, your benefits will NOT stay the same until your hearing.**
- If the hearing decision says we are right, you will owe us for any extra cash aid or food stamps you got.

To Have Your Benefits Cut Now

If you want your Cash Aid or Food Stamps cut while you wait for a hearing, check one or both boxes.

☐ Cash Aid ☐ Food Stamps

To Get Help

You can ask about your hearing rights or free legal aid at the state information number.

Call toll free: 1-800-952-5253

If you are deaf and use TDD, call: 1-800-952-8349

You may get free legal help at your local legal aid office or welfare rights group.

Other Information

Child and/or Medical Support: The District Attorney's office will help you collect support even if you are not on cash aid. There is no cost for this help. If they now collect support for you, they will keep doing so unless you tell them in writing to stop. They will send you any current support money collected. They will keep past due money collected that is owed to the county.

Family Planning: Your welfare office will give you information when you ask for it.

Hearing File: If you ask for a hearing, the State Hearing Office will set up a file. You have the right to see this file. The State may give your file to the Welfare Department, the U.S. Department of Health and Human Services and the U.S. Department of Agriculture. (W. & I. Code Section 10950).

HOW TO ASK FOR A STATE HEARING

The best way to ask for a hearing is to fill out this page. Make a copy of the front and back for your records. Then, send or take this page to:

Your worker will get you a copy of this page if you ask. Another way to ask for a hearing is to call 1-800-952-5253. If you are deaf and use TDD, call: 1-800-952-8349.

HEARING REQUEST

I want a hearing because of an action by the Welfare Department of _____ County about my

☐ Cash Aid ☐ Food Stamps ☐ Medi-Cal ☐ Child Care

☐ Other (list) _____

Here's why: _____

☐ Check here and add a page if you need more space.

☐ I want the person named below to represent me at this hearing. I give my permission for this person to see my records or come to the hearing for me.

NAME _____

ADDRESS _____

☐ I need a free interpreter.
My language or dialect is: _____

My name: _____

Address: _____

Phone: _____

My case number: _____

My signature: _____

Date: _____

CONDADO DE

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND WELFARE AGENCY
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

NOTIFICACION DE CAMBIO EN LAS ESTAMPILLAS PARA COMIDA

Fecha de la notificación : _____

Nombre del caso : _____

Número : _____

Nombre del trabajador : _____

Número : _____

Teléfono : _____

Dirección : _____

(ADDRESSEE)

Si tiene alguna pregunta o quiere más información acerca de esta acción, por favor comuníquese con su trabajador.

Audiencia con el estado. Si cree que esta acción está equivocada, puede solicitar una audiencia. En la parte de atrás de esta hoja se le explica cómo hacerlo. Si ya tuvo una audiencia sobre la razón de la emisión excesiva que se está cobrando, no puede pedir otra audiencia, a menos que usted crea que es incorrecta la cantidad nueva de estampillas para comida que recibirá debido al cobro de la emisión excesiva.

☐ **CAMBIO EN LOS BENEFICIOS.**

A partir de _____, sus beneficios de estampillas para comida cambiarán de $_____ a $_____ mensuales porque:

☐ **Ya se le informó acerca de una emisión excesiva de estampillas para comida y está recibiendo menos estampillas para comida debido a que el condado redujo su asignación mensual un 10% o $10 dólares (la cantidad que sea mayor) para reembolsar las estampillas para comida que usted recibió pero no debió haber recibido. Se decidió en una corte o en una audiencia administrativa del estado o porque usted firmó un "Acuerdo de consentimiento a descalificación" o una "Renuncia a una audiencia administrativa de descalificación" que esta emisión excesiva fue el resultado de una Violación intencional del Programa (IPV). Ahora cambiará su asignación mensual porque el condado puede comenzar a reducir su asignación un 20% o $10 dólares (la cantidad que sea mayor). Este formulario le indicará si hay algún otro cambio en su asignación mensual de estampillas para comida.**

☐ **SUSPENSION.**

A partir de _____, sus beneficios de estampillas para comida se suspenderán porque:

No recibirá beneficios de estampillas para comida para _____.

Durante este período de suspensión, usted tiene que seguir completando y presentando su reporte mensual (CA-7) para que podamos determinar si tendrá derecho a recibir los beneficios el mes siguiente al mes de suspensión. Si no presenta el CA-7 completado durante el mes de suspensión, se terminará su participación en el Programa de Estampillas para Comida.

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

☐ **TERMINACION.**

A partir de _____, sus beneficios de estampillas para comida se terminarán porque:

☐ Basándose en la razón que se terminaron sus beneficios, su grupo para fines de estampillas para comida también se descalifica para participar en el Programa de Estampillas para Comida hasta _____. Usted puede presentar una nueva solicitud para beneficios al final de este período de descalificación.

☐ **CAMBIO DE BENEFICIOS PROPUESTO.**

A partir de _____, es posible que sus beneficios de estampillas para comida se reduzcan o terminen debido a que no se recibió con su reporte mensual (CA 7) la información necesaria para determinar si sigue teniendo derecho a los beneficios, o la cantidad correcta de sus beneficios. Tenemos que recibir la siguiente información a más tardar el primer día del próximo mes:

Si se le pide verificación de un gasto y usted no la proporciona, no se permitirá que se incluya este gasto en el cálculo para los beneficios del próximo mes. Además, si no proporciona otra información que se le pida, es posible que sus beneficios se reduzcan o terminen.

SUS DERECHOS A UNA AUDIENCIA

Para pedir una audiencia con el estado

- Usted tiene solamente 90 días para solicitar una audiencia. Los 90 días comenzaron un día después de la fecha en que le dimos o enviamos esta notificación.
- Si desea seguir recibiendo los mismos beneficios, tiene menos tiempo para pedir una audiencia .

Para conservar sus mismos beneficios mientras espera una audiencia

Tiene que solicitar la audiencia antes que la acción entre en vigor.

- Su asistencia monetaria permanecerá sin cambios hasta que se lleve a cabo su audiencia.
- Su Medi-Cal permanecerá sin cambios hasta que se lleve a cabo su audiencia.
- Sus estampillas para comida permanecerán sin cambios hasta que se lleve a cabo la audiencia o hasta el fin de su período de certificación; lo que ocurra primero.
- Sus pagos del Programa de Transición de Cuidado de Niños (TCC) permanecerán sin cambios hasta que se lleve a cabo la audiencia o hasta el fin del período en que usted reúna los requisitos; lo que ocurra primero. **Con respecto a todos los otros programas de cuidado de niños, sus beneficios NO permanecerán sin cambios hasta que se lleve a cabo su audiencia.**
- Si la decisión de la audiencia indica que estamos en lo correcto, usted nos deberá cualquier asistencia monetaria o estampillas para comida que usted haya recibido de más.

Para que se descontinúen ahora sus beneficios

Si usted desea que se descontinúe su asistencia monetaria o sus estampillas para comida mientras espera una audiencia, marque una o ambas casillas.

☐ Asistencia monetaria ☐ Estampillas para Comida

Para obtener ayuda

Puede obtener información acerca de sus derechos a una audiencia o asesoría legal gratuita llamando al teléfono de información del estado.

Número gratuito: 1-800-952-5253

Si es sordo y usa TDD: 1-800-952-8349

Es posible que pueda obtener asesoría legal gratuita en la oficina local de asesoramiento legal (legal aid) o del grupo de derechos de las personas que reciben asistencia pública.

Otra información

Mantenimiento de hijos y/o mantenimiento médico: La oficina del Fiscal del Distrito le ayudará a cobrar mantenimiento de hijos aun cuando no esté recibiendo asistencia monetaria. Este servicio es gratuito. Si en la actualidad están cobrando mantenimiento de hijos a su nombre, ellos continuarán haciéndolo hasta que usted les dé aviso por escrito indicándoles que paren. Le enviarán a usted cualesquier cantidades actuales de mantenimiento que cobren. Se quedarán con las cantidades vencidas cobradas que se le deban al condado.

Planificación familiar: Su oficina de bienestar le proporcionará información cuando usted la solicite.

Expediente de la audiencia: Si usted solicita una audiencia, la oficina de audiencias con el estado formará un expediente. Usted tiene el derecho de examinar este expediente. El Estado puede dar su expediente al departamento de bienestar, al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos y al Departamento de Agricultura de los Estados Unidos. (Sección 10950 del Código de Bienestar e Instituciones)

COMO PEDIR UNA AUDIENCIA CON EL ESTADO

La mejor manera de solicitar una audiencia es llenando esta página. Haga una copia del frente y del reverso para sus archivos. Luego envíe esta página a:

Su trabajador(a) le dará a usted una copia de esta página si la pide. Otra manera de solicitar una audiencia es llamando al 1-800-952-5253. Si es sordo y usa TDD, llame al: 1-800-952-8349.

PETICION PARA UNA AUDIENCIA

Deseo solicitar una audiencia a causa de una acción tomada por el Departamento de Bienestar del Condado de _____ _____, acerca de mi(s)

☐ Asistencia monetaria ☐ Estampillas para Comida

☐ Medi-Cal ☐ Cuidado de Niños ☐ Otro (anote) _____

La razón es la siguiente: _____

☐ Marque aquí y agregue otra hoja si necesita más papel.

☐ Quiero que la persona mencionada abajo me represente en esta audiencia. Le doy permiso a esta persona que vea mis expedientes o que vaya a la audiencia en mi lugar.

NOMBRE _____

DIRECCION _____

☐ Necesito un intérprete sin costo para mí.
Mi idioma es el: _____

Mi nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Mi No. de caso: _____

Mi firma: _____

Fecha: _____

DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES
744 P Street, Sacramento, CA 95814

June 20, 1997

ALL COUNTY INFORMATION NOTICE NO. I-38-97

TO: ALL COUNTY WELFARE DIRECTORS

REASON FOR TRANSMITTAL

[ ] State Law Change
[ ] Federal Law Change
[ ] Court Order or Settlement Agreement
[ ] Clarification Requested by One or More Counties
[X] Initiated by CDSS

SUBJECT: REVISED FOOD STAMP FORMS: DFA 377.4 "FOOD STAMP NOTICE OF CHANGE", AND DFA 377.7F " FOOD STAMP REPAYMENT NOTICE FOR AN INTENTIONAL PROGRAM VIOLATION (IPV) OR STATUS CHANGE FROM INADVERTENT HOUSEHOLD ERROR (IHE) TO AN IPV"

This letter transmits copies of the revised DFA 377.4 (6/96), "Food Stamp Notice of Change", and the DFA 377.7F (6/96), " Food Stamp Repayment Notice for an Intentional Program Violation (IPV) or Status Change from Inadvertent Household Error (IHE) to an IPV". These forms have been revised to be used when changing from an IHE overissuance collection to an IPV overissuance collection.

The DFA 377.4 is a multiple purpose "Food Stamp Notice of Change" form that can now be used also when the IHE becomes an IPV and is collected at a higher rate. A paragraph has been added to the Change in Benefits section to reflect this revision. The DFA 377.7F is a "Food Stamp Repayment Notice for an IPV" form that has been modified to also reflect a status change from IHE to IPV. This Repayment Notice is to be used also when a claim is changed from an IHE to an IPV and causes a change to the total amount of the claim, the period of time covered or recomputes the claim disallowing earned income deductions. A paragraph has been added to reflect this change.

CAMERA READY COPIES

County Welfare Departments (CWDs) that need a camera-ready copy of the DFA 377.4 (6/96) and DFA 377.7F (6/96) may call the Forms Management Unit at (916) 657-1984 or CALNET 437-1984.

STOCK

Enclosed are reproducible copies of the DFA 377.4 (6/96) and DFA 377.7F (6/96). These may also be ordered from the California Department of Social Services (CDSS) warehouse by following the forms ordering procedures outlined in the County Forms Catalog.

TRANSLATIONS

Counties that need a camera-ready copy of the forms should call:

- For English and Spanish: the Forms Management Bureau at (916) 657-1984 or CALNET 437-1984.
- For the Asian language version (Chinese, Cambodian and Vietnamese): the Language Services Bureau at (916) 654-1305 or CALNET at 464-1305.

CONTACTS

If you have any questions or need further information, please contact the following Food Stamp Program staff regarding the specific program areas:

- Implementation and/or use of the DFA 377.4 (6/96) and DFA 377.7F (6/96) for IHE and IPV overissuance collections: Alan Rowe, (916) 653-5208 or CALNET 453-5208.
- Food Stamp Forms: Melissa Buchanan at (916) 654-8467 or CALNET 464-8467.

Bruce Wagstaff

BRUCE WAGSTAFF
Deputy Director
Welfare Programs Division

Enclosures