STATE OF CALIFORNIA - HEALTH AND WELFARE AGENCY

DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES
744 P Street, Sacramento, CA 95814
(916) 322-5475

April 21, 1982

ALL-COUNTY LETTER NO. 82-38

TO: ALL COUNTY WELFARE DIRECTORS

SUBJECT: FOOD STAMP PROGRAM WORK REGISTRATION/JOB SEARCH FORMS

REFERENCE:

This letter transmits two new food stamp forms, instructions for their use, and modification criteria. The two forms, the DFA 377.10 (3/82), Food Stamp Notice of Disqualification and the DFA 857 (3/82), Food Stamp Program Work Registration Requirements, were developed in response to revised work registration/job search regulations now in process. Contingent upon the final filing of the revised regulations, which is anticipated by April 30, 1982, the new forms are to be implemented as prescribed in this letter. Counties will be notified immediately if these implementation instructions change.

The new forms and instructions were developed as a joint effort by the Food Stamp Program Management Branch (FSPMB) and the CWDA Subcommittee on Food Stamp Forms. In addition, comments received from other counties were considered. The FSPMB appreciates the contribution of all those counties which participated in the effort.

The instructions for these forms were developed primarily as a training tool to assist counties. The forms, their instructions and modification criteria will be incorporated into the Food Stamp Program Forms Handbook, Chapter 63-1200, in the next few months.

Description of Forms

The DFA 377.10 is used to notify a household that it will be disqualified from the Food Stamp Program for two months because a household member(s) failed to comply with work registration/job search requirements. This form has been designated as "Required - No Substitutes". The form must be implemented by all counties with the implementation of the revised regulations (anticipated to be June 1, 1982), unless a form modification request is approved in accordance with the policy prescribed in Section 63-1250 of the Food Stamp Program Forms Handbook.

The DFA 857 is an optional form which may be used to supplement the regulatory requirement to explain work registration/job search rights and responsibilities and the consequences for failure to comply. The form has been designated as "Recommended" and any modification is subject to the Form Modification Policy prescribed in Section 63-1250 of the Forms Handbook. Since the form reflects the requirements of the revised regulations, it must not be used prior to their implementation. This form will not be printed and distributed by the Department of Social Services.

Form Supplies

For those counties wishing to print their own forms, master copies of the English and Spanish versions are attached. For those counties ordering the DFA 377.10, copies are now available from the Department of Social Services Warehouse. When ordering the DFA 377.10, counties should use the GEN 727B, County Forms Order. The form will be printed in three-piece carbon sets and will cost $.06 (English) and $.11 (Spanish) per set.

Should you have any questions, please contact your Food Stamp Program Consultant at (916) 322-5475.

Sincerely,

Kyle S. McKinsey

KYLE S. McKINSEY
Deputy Director
Welfare Program Operations

cc: CWDA
Case Data

(County Stamp)

FOOD STAMP NOTICE OF DISQUALIFICATION AND RIGHT TO REQUEST A STATE HEARING

Case Name:
Case No.:
Worker No.:
District:
Date:

DISQUALIFICATION

You have been disqualified from participating in the Food Stamp Program from _____ through _____ because _____ failed to comply with work registration/job search requirements. As a result of this disqualification:

☐ Your application for food stamps has been denied.

☐ Effective _____, your food stamp benefits will be terminated.

You may reapply for food stamp benefits at the end of your disqualification period. See below for the reason for the disqualification and the action required to end disqualification.

REESTABLISHING ELIGIBILITY

Your eligibility for food stamp benefits may be reestablished during your disqualification period if your household is otherwise eligible for food stamp benefits and the household member(s) who caused the disqualification 1) becomes exempt from the work registration requirement, or 2) leaves your household, or 3) complies with the work registration requirement(s) checked below.

Reason for Disqualification	Action Required to End Disqualification
☐ Refused to register for work.	Must register for work.
☐ Refused to respond to an EDD request for supplementary information.	Must provide the requested supplementary information.
☐ Refused to report to a job sent to by EDD.	Must 1) report to the job if still available, or 2) report to another job sent to by EDD.
☐ Refused to accept a suitable job sent to by EDD.	Must 1) accept this job if still available, or 2) accept another job with weekly earnings equal to the refused job, or 3) accept another job of at least 30 hours a week with weekly earnings equal to federal minimum wage multiplied by 30 hours.
☐ Refused to continue a suitable job sent to by EDD.	Must 1) return to this job if still available, or 2) accept another job with weekly earnings equal to the refused job, or 3) accept another job of at least 30 hours a week, or 4) accept another job of less than 30 hours a week with weekly earnings equal to the federal minimum wage multiplied by 30 hours.
☐ Failed to comply with job search requirements. ☐ Refused on two occasions to report to EDD for an interview.	Eligibility cannot be reestablished during the disqualification period unless 1) the household member becomes exempt from the work registration requirement or 2) leaves the household.

The above action(s) is required by the following laws and/or Food Stamp Manual Sections: 63-407

If you have any questions, please contact me:	Name	Telephone Number

IF YOU BELIEVE THIS ACTION IS WRONG, YOUR FOOD STAMP BENEFITS MAY CONTINUE IF YOU REQUEST A STATE HEARING. SEE REVERSE FOR A STATE HEARING REQUEST.

Your Right to Appeal This Action

If you are dissatisfied with the action described on the other side, or any other county action, you may request a state hearing before a Hearing Officer of the State Department of Social Services. This hearing will be conducted in an informal manner to assure that everyone present is able to speak freely. Your county worker can help you request a hearing. If you decide to request a hearing you must do so WITHIN 90 DAYS OF THE MAILING DATE OF THIS NOTICE.

FOOD STAMPS† AND CASH GRANT: If this action stops or reduces your food stamps or cash grant and you ask for a hearing before the effective date of the action, your benefits may continue unchanged under certain circumstances until the hearing or until you receive your hearing decision. Food Stamps will not continue past the end of your current certification period.

Authorized Representative

You can represent yourself at the state hearing. You can also be represented by a friend, attorney or any other person, but you are expected to arrange for the representative yourself. You can get help in locating free legal assistance by calling the toll-free number of Public Inquiry and Response.

How to Request a State Hearing

The best way to request a hearing is to fill in and send this entire notice to:

Office of the Chief Referee
State Department of Social Services
744 P Street, Mail Station 6-100
Sacramento, CA 95814

You may also request a hearing by calling the toll-free number of Public Inquiry and Response.

Public Inquiry and Response (Public Information)

Toll-Free Number: (800) 952-5253*

For the Deaf Only* TDD (800) 952-8349

*You may have to dial "1" first.

The State Public Inquiry and Response Unit can provide you with further information about your hearing rights or files or other welfare-related matters. Assistance is also available in some languages other than English, including Spanish. You may phone, write, or come in.

Public Inquiry and Response
State Department of Social Services
744 P Street, Mail Station 16-23
Sacramento, CA 95814

Request for a State Hearing

Name _____ Phone number ( )

Address _____ City _____ State _____ Zip code _____

I am requesting a state hearing because of an action by the welfare department of _____ county related to my family's: ☐ Cash Grant ☐ Food Stamps ☐ Medi-Cal

Reasons for my request:

☐ I speak a language other than English and need an interpreter for my hearing. (The state will provide the interpreter at no cost to you.)

Language _____ Dialect _____

†**Food Stamps**: If any portion of food stamps provided to you while awaiting the hearing decision is determined to be an overissuance, the county may recover the value of the overissuance. If you want to avoid the possibility of such an overissuance, you may check the box below.

☐ I want my food stamps terminated or reduced to the new amount determined by the county until the hearing decision. If the hearing decision is in my favor, the county will make up the food stamps I lose as a result of checking this box.

Signature _____ Date _____

The information you provide on this form is needed to process your request for a hearing, and processing may be delayed if your request is incomplete. A case file will be set up by the Chief Referee. You have a right to examine the materials that make up the file and may do so by contacting Public Inquiry and Response. Any information you provide may be shared with the county welfare department, with the U.S. Department of Health and Human Services, or the U.S. Department of Agriculture. Authority: W&IC 10950.

(Sello del condado)

AVISO DE DESCALIFICACIÓN Y DEL DERECHO A PEDIR UNA AUDIENCIA CON EL ESTADO

Nombre del caso:
Número del caso:
Número del trabajador(a):
Distrito:
Fecha:

DESCALIFICACIÓN

Usted ha sido descalificado para participar en el Programa de Estampillas para Comida desde _____ hasta _____ porque _____ no obedeció los requisitos de búsqueda de empleo al registrarse para trabajo.

Como resultado de esta descalificación:

☐ Se ha negado su solicitud para estampillas para comida.

☐ A partir de _____, sus beneficios de estampillas para comida serán terminados.

Usted puede volver a solicitar los beneficios de estampillas para comida cuando termine su período de descalificación. Abajo puede ver la razón para la descalificación y la acción que se requiere para terminar tal descalificación.

CÓMO ESTABLECER NUEVAMENTE SU ELEGIBILIDAD

Usted puede volver a establecer su elegibilidad para beneficios de estampillas para comida durante su período de descalificación si su hogar es de otra manera elegible para beneficios de estampillas para comida y el/los miembros de su hogar que causaron la descalificación 1) posteriormente se exentan de los requisitos de registro para empleos, o 2) se salen de su hogar, o 3) satisfacen el/los requisitos de registro para empleos marcado(s) abajo.

Motivo de la descalificación	Acción requerida para terminar la descalificación
☐ Se negó a registrarse para trabajo.	Debe registrarse para trabajo.
☐ Se negó a responder a una petición del Departamento de Desarrollo de Empleos (EDD) de información suplementaria.	Debe proporcionar la información suplementaria pedida.
☐ Se negó a reportarse a un empleo al cual fue enviado por el EDD.	Debe 1) reportarse al empleo si todavía está disponible, o 2) reportarse a otro empleo al cual le envíe el EDD.
☐ Se negó a aceptar un empleo adecuado al cual fue enviado por el EDD.	Debe 1) aceptar este empleo si todavía está disponible, o 2) aceptar otro empleo con sueldos semanales iguales a los del trabajo rehusado, o 3) aceptar otro empleo que consista de un mínimo de 30 horas semanales con sueldos semanales iguales al salario mínimo federal multiplicado por 30 horas.
☐ Se negó a continuar trabajando en un empleo adecuado al cual fue enviado por el EDD.	Debe 1) regresar a este empleo si todavía está disponible, o 2) aceptar otro empleo con sueldos semanales iguales a los del trabajo rehusado, o 3) aceptar otro empleo que consista de un mínimo de 30 horas semanales, o 4) aceptar otro empleo de menos de 30 horas semanales con sueldos semanales iguales al salario mínimo federal multiplicado por 30 horas.
☐ Se negó a obedecer los requisitos de búsqueda de empleo ☐ En dos ocasiones se rehusó a reportarse al EDD para una entrevista.	No puede volver a establecerse elegibilidad durante el período de descalificación a menos que 1) tal miembro del hogar posteriormente sea exento de los requisitos de registro para empleos, o 2) se salga del hogar.

La(s) accion(es) arriba indicada(s) es(son) requerida(s) por las siguientes leyes y/o secciones del manual de estampillas para co[illegible]: 63-407

Si tiene cualquier pregunta, por favor comuníquese conmigo	Nombre	Número de teléfono

SI CREE QUE ESTA ACCIÓN NO ES CORRECTA, POSIBLEMENTE SUS BENEFICIOS DE ESTAMPILLAS PARA COMIDA PUEDAN CONTINUAR SI PIDE UNA AUDIENCIA CON EL ESTADO. VEA EL REVERSO, EL CUAL LE INFORMA SOBRE SUS DERECHOS A UNA AUDIENCIA CON EL ESTADO.

Su derecho a apelar esta acción

Si usted no está satisfecho con la acción descrita en el otro lado, o con cualquier otra acción del condado, puede pedir una audiencia ante un Arbitro del Departamento de Servicios Sociales del Estado. Esta audiencia se lleva a cabo de una manera informal para asegurar que todos los presentes puedan hablar francamente. Su trabajador del condado le puede ayudar a pedir una audiencia. Si usted decide pedir una audiencia, tiene que hacerlo DENTRO DE LOS 90 DIAS DE LA FECHA DE ESTE AVISO.

ESTAMPILLAS PARA COMIDA† Y PAGO MENSUAL: Si esta acción termina o reduce sus estampillas para comida o su pago mensual y usted pide una audiencia antes de la fecha efectiva de la acción, sus beneficios pueden continuar bajo ciertas circunstancias hasta la fecha de la audiencia o hasta que reciba la decisión de tal audiencia. No continuará recibiendo estampillas para comida después de que se termine su período actual de certificación.

Representante autorizado

Usted puede ser su propio representante en la audiencia. También puede estar representado por un amigo, abogado o cualquier otra persona, pero los arreglos para tener tal representante tienen que ser hechos por usted mismo. Puede recibir ayuda para localizar asistencia legal gratuita si llama al teléfono gratuito de Public Inquiry and Response (Preguntas y Respuestas al Público).

Cómo pedir una audiencia

La mejor manera de pedir una audiencia es llenar y enviar este aviso entero a:

Office of the Chief Referee
State Department of Social Services
744 P Street, Mail Station 6-100
Sacramento, CA 95814

También puede pedir una audiencia si llama al número gratuito de la oficina de Preguntas y Respuestas al Público.

Oficina de Preguntas y Respuestas al Público (Información pública)

Número gratuito: (800) 952-5253*

Sólo para los sordos: TDD (800) 952-8349*

* Quizás tenga que marcar el número "1" primero.

La Oficina Estatal de Preguntas y Respuestas al Público puede proporcionarle más información sobre sus derechos o archivos tocante a la audiencia, o sobre otros asuntos relacionados con asistencia pública. También hay asistencia disponible en algunos otros idiomas además del inglés, incluyendo el español. Puede llamar por teléfono, escribir o visitar la oficina en la siguiente dirección:

Oficina de Preguntas y Respuestas al Público
Departamento de Servicios Sociales del Estado
744 P Street, Mail Station 16-23
Sacramento, CA 95814

Petición para una audiencia

Nombre _____ Número de teléfono ( )

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

Estoy solicitando una audiencia con el estado a causa de una acción del departamento de bienestar del condado de _____
relacionada con ☐ El pago mensual de mi familia ☐ Estampillas para comida ☐ Medi-Cal

Las razones para mi petición son:

_____

_____

_____

Yo hablo un idioma que no es inglés y necesito un intérprete para mi audiencia. (El estado le proveerá un intérprete sin costo alguno para usted.)

Idioma _____ Dialecto _____

Estampillas para comida: Si se determina que cualquier parte de las estampillas para comida proporcionadas a usted mientras espera la decisión de la audiencia es una emisión excesiva, el condado puede recuperar el valor de la emisión excesiva. Si usted quiere evitar la posibilidad de tal emisión excesiva, puede marcar la casilla que aparece abajo:

☐ Quiero que mis estampillas para comida sean terminadas o reducidas a la nueva cantidad determinada por el condado hasta que haya una decisión. Si la decisión está a mi favor, el condado me proporcionará las estampillas para comida que yo pierda como resultado de marcar esta casilla.

Firma _____ Fecha _____

La información que usted dé en esta forma se necesita para procesar su solicitud para una audiencia y el proceso puede retardarse si su petición está incompleta. La Oficina del Jefe de Arbitros establecerá un expediente de su caso. Tiene derecho a examinar los materiales contenidos en el expediente y puede hacerlo llamando a la oficina de Preguntas y Respuestas al Público. Cualquier información que usted dé puede ser compartida con el departamento de bienestar del condado, el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, o el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos. Autoridad: W&IC 10950.

Form Instructions
(for CWD)

Food Stamp Notice of Disqualification and Right to Request a State Hearing

Purpose:

The DFA 377.10 is used by the county to notify a household that it will be disqualified from the Food Stamp Program for two months because a household member(s) failed to comply with work registration/job search requirements. The notice also provides the household with the specific reason for the disqualification and the action that must be taken if the household wishes to reestablish its eligibility for food stamp benefits during the disqualification period.

The backside of the DFA 377.10 explains the household's right to request a state hearing and provides instructions on how to appeal the intended action and request aid paid pending.

Preparation:

The DFA 377.10 must be completed and sent to the household within ten days after the EDD office provides notification of the household member(s) failure to comply with work registration/job search requirements. Complete an original and two copies of the DFA 377.10 entering the following identifying information:

- Head of household's name and mailing address
- Case name
- Case number
- Worker number
- District (if applicable)
- Date

Disqualification

Enter the beginning and ending dates of the two-month disqualification period. The disqualification period must begin with the first month following the expiration of the adverse notice period.

Enter the name(s) of the household member(s) who caused the disqualification.

Check the first box if the household's application is being denied because of the failure to comply with work registration/job search requirements.

Check the second box if the household is currently certified and benefits are being terminated because of the failure to comply with work registration/job search requirements. Enter the beginning date of the disqualification period as the effective date of the termination.

Reestablishing Eligibility

Check the appropriate box under Reason for Disqualification based on the information provided by EDD on the DE 8863 FS.

Enter the name and telephone number the household may contact to ask questions.

Distribution:

The original and one copy are provided to the household. The second copy is filed in the case record.

Form-Specific Modification Criteria

Food Stamp Notice of Disqualification and Right to Request a State Hearing

Required Form - No Substitutes

Placement - No modification permitted (Manual only)

- No modification permitted except those related to EDP requirements (EDP only)

Language - No modification permitted except on the back, the address for submitting a hearing request may be modified in counties with state hearing intake at the local level (EDP and Manual).

Data Elements - No modification permitted (Manual only)

- No modification permitted except that all data elements need not appear on one form; i.e., computer prints out only applicable message(s) but all messages are contained in the computer program (EDP only).

FOOD STAMP PROGRAM WORK REGISTRATION REQUIREMENTS
YOUR RIGHTS AND RESPONSIBILITIES AS A FOOD STAMP APPLICANT/RECIPIENT

1. Each member of your household **must** register for work when you first apply for food stamps and once every six months after that, unless exempt. Exemptions from work registration are as follows:

   a. A person younger than 18 years of age or a person 60 years of age or older.

   b. A person physically or mentally unfit for employment.

   c. A household member registered in the Work Incentive Program (WIN).

   d. A parent or other household member who is responsible for the care of a dependent child under 12 or a disabled person.

   e. A parent or other caretaker of a child under 18 in a household where another able-bodied parent is either registered for work or exempt from registration as a result of employment.

   f. A person (1) who is receiving unemployment compensation or who has applied for, but has not yet received, unemployment compensation; and (2) who was required to register with the Employment Development Department (EDD) as a part of the unemployment compensation application process.

   g. A regular participant in a drug addiction or alcoholic treatment and rehabilitation program.

   h. A person who is working at least 30 hours a week or who is receiving weekly earnings at least equal to the federal minimum wage for a 30-hour week.

   i. A student (1) who is enrolled at least half time in any recognized school, training program or institution of higher education and (2) who has met the Food Stamp student eligibility conditions.

   j. A person who is registered for work under General Assistance, non-WIN Public Assistance, or Refugee Resettlement programs.

2. Exempt household members who lose their exempt status due to a change in circumstances must register for work.

3. Each member of your household, who is required to register for work, must comply with the following requirements:

   a. Report for an interview at EDD whenever requested to do so.

   b. Provide information to EDD on your employment status and/or availability for work, when requested.

   c. Report to an employer to whom you are sent by EDD, if the potential job is suitable.

   d. Accept and continue a suitable job to which you are sent by EDD.

   e. Comply with any job search requirements to which you are assigned by EDD. These requirements may include, but are not limited to: 1) reporting for an assessment interview, 2) completing an assigned number of job contacts, 3) providing to EDD a written report of those contacts, and 4) reporting for follow-up interviews with EDD.

   f. Comply with the requirements of the work registration process for the General Assistance, non-WIN Public Assistance or Refugee Resettlement programs in which you are participating.

4. If EDD determines that one or more members of your household failed without good cause to comply with the above requirements, your entire household will become ineligible to receive food stamps for two months. At the end of the two months, your household may reapply for food stamps. Under certain circumstances your household's eligibility may be reestablished prior to the end of the two-month disqualification period. You will be notified before your disqualification period begins of any special circumstances under which your eligibility may be reestablished.

5. If you believe that an EDD determination is improper, you may request a review of the determination by an EDD official. For example, you may request a review if you believe that you have been improperly assigned to a job search category or assigned an improper number of job contacts, or that you had good cause for not complying with EDD requirements. To request a review, you should contact EDD directly.

6. You may request a state hearing if you wish to appeal a denial or termination of food stamps due to a county determination of nonexempt status, or an EDD determination of failure without good cause to comply with the work registration and job search requirements. Your county worker can assist you in requesting a state hearing.

REQUISITOS DE REGISTRO DE TRABAJO EN EL PROGRAMA DE ESTAMPILLAS PARA COMIDA — SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES COMO BENEFICIARIO/SOLICITANTE DE ESTAMPILLAS PARA COMIDA

1. Cada miembro de su hogar **debe** registrarse para trabajar cuando usted originalmente solicite estampillas para comida y una vez cada seis meses después de esa fecha, a menos que esté exento. Las exenciones para registrarse para trabajar son las siguientes:
   a. Una persona menor de 18 años de edad o una persona de 60 años de edad o mayor.
   b. Una persona física o mentalmente incapaz de trabajar.
   c. Un miembro del hogar registrado en el Programa de Incentivos para el Trabajo (WIN).
   d. Un padre/madre u otro miembro del hogar quien es responsable del cuidado de un niño menor de 12 años miembro del mismo hogar, o que cuida a una persona incapacitada.
   e. Un padre/madre u otra persona encargada del cuidado continuo de un niño menor de 18 años en un hogar donde otro padre/madre físicamente capaz esté registrado para trabajar o exento de registro como resultado del empleo.
   f. Una persona (1) quien esté recibiendo compensación por desempleo o quien ha solicitado, pero no ha recibido todavía, compensación por desempleo; y (2) a quien se le requirió registrarse con el Departamento de Desarrollo de Empleos (EDD) como parte de la tramitación de la solicitud de compensación por desempleo.
   g. Un participante regular en un programa de rehabilitación y tratamiento de drogadicción o alcoholismo.
   h. Una persona que esté trabajando por lo menos 30 horas semanales o que esté recibiendo sueldos semanales iguales por lo menos al salario mínimo federal por una semana de 30 horas.
   i. Un estudiante (1) quien esté registrado por lo menos medio tiempo en una escuela, un programa de entrenamiento, o una institución de educación superior reconocidos, y (2) quien haya reunido las condiciones de elegibilidad como estudiante para el Programa de Estampillas para Comida.
   j. Una persona quien esté registrada para trabajar bajo los programas de Asistencia General, Asistencia Pública no relacionada a WIN, o Asentamiento de Refugiados.
2. Los miembros del hogar que estén exentos y pierdan su condición de exentos debido a un cambio de circunstancias deben registrarse para trabajar.
3. Cada miembro de su hogar, a quien se le requiera se registre para trabajar, debe cumplir con los siguientes requisitos:
   a. Reportarse al EDD para asistir a entrevistas cuando se le pida.
   b. Proporcionar al EDD información referente a su condición de empleo y/o disponibilidad para trabajar, cuando se le pida.
   c. Reportarse al patrón al cual el EDD le mande, si el empleo que se obtendría es adecuado.
   d. Aceptar y continuar en un empleo adecuado al cual le envíe el EDD.
   e. Cumplir con los requisitos de búsqueda de empleo que le asigne el EDD. Estos requisitos pueden incluir, pero no limitarse a: 1) reportarse a una entrevista de evaluación, 2) completar un número asignado de contactos de empleo, 3) proporcionar al EDD un reporte por escrito de esos contactos, y 4) reportarse al EDD para entrevistas complementarias posteriores.
   f. Cumplir con los requisitos del procedimiento de registro de trabajo para la Asistencia General, Asistencia Pública no relacionada a WIN o los programas de Asentamiento de Refugiados en los cuales usted participe.
4. Si el EDD determina que uno o más miembros de su hogar no cumplió, sin tener un motivo justificado, con los requisitos mencionados arriba, su hogar en su totalidad será inelegible para recibir estampillas para comida durante dos meses. Al final de los dos meses, su hogar puede volver a solicitar estampillas para comida. Bajo ciertas circunstancias, es posible que la elegibilidad de su hogar sea reestablecida antes de que expire el período de dos meses de descalificación. Se le notificará antes de que comience su período de descalificación, de cualesquiera circunstancias especiales bajo las cuales se pudiera reestablecer su elegibilidad.
5. Si usted cree que alguna determinación del EDD es impropia, puede solicitar que un oficial del EDD revise dicha determinación. Por ejemplo, usted puede solicitar una revisión si cree que impropiamente se le colocó en una categoría de búsqueda de trabajo o se le asignó un número impropio de contactos de empleos, o que tenía un motivo justificado para no cumplir con los requisitos del EDD. Para solicitar una revisión, debe ponerse en contacto directamente con el EDD.
6. Usted puede solicitar una audiencia con el estado si desea apelar una negación o terminación de estampillas para comida debido a una determinación del condado en el sentido de que no hay exención, o una determinación del EDD referente a la falta de cumplimiento de los requisitos de búsqueda de empleo y registro de trabajo sin un motivo justificado. Su trabajador(a) del condado puede ayudarle a solicitar una audiencia con el estado.

Form Instructions
(For CWD)

Food Stamp Program Work Registration Requirements

Purpose:

The DFA 857 is an optional form which may be used to supplement the regulatory requirement to explain work registration/job search rights and responsibilities and the consequences of failure to comply.

Form-Specific Modification Criteria

Food Stamp Program Work Registration Requirements

Recommended Form

Placement: Modification permitted

Language: Modification permitted

Date Elements: Modification permitted