NOTICE OF FORM CHANGE NO. 04-169

DATE: 06-17-2004

TO:
County Welfare Director
Supply Clerk / Forms Coordinator

FROM:
Forms Management Unit
(916) 657-1907

☐ Community Care Licensing District Offices ☐ District Attorney
☐ Private and Public Adoption Agencies ☐ Other

Listed below is information regarding a form change. Only applicable information is shown.

This notice updates your Department of Social Services County Forms Catalog.

FORM NUMBER AND TITLE: QR 377.1 (4/04) English and Spanish
Food Stamp Notice of Approval - Quarterly Reporting

ORDER UNIT		ESTIMATED PRICE	INITIAL SUPPLY SENT
MASTER ONLY	☒ Free ☐ Sold		☐ Yes ☒ No
☐ New ☒ Revised	DATE OF FORM: 4/04	REPLACES: 7/03 - DFA 377.1 QR (7/03)	☐ Obsolete

REQUIRED FORM-
☒ No Change Permitted ☐ Substitute Permitted With Prior DSS Approval ☐ Recommended Form

UNLESS OTHERWISE SPECIFIED STOCK MAINTAINED AT:
Department of Social Services Warehouse
P.O. Box 980788
West Sacramento, CA 95798-0788

☐ Other:

FORMS DISPOSITION AND SPECIAL INSTRUCTIONS

DISPOSITION OF OLD SUPPLY
☒ Use until exhausted ☐ Destroy

USE NEW FORM
☐ When supply available in DSS Warehouse ☒ Use new form effective 4/04

USE FORM IN ACCORDANCE WITH
☐ All County Letter No.
☒ Other (specify) ACIN I-25-04

ADDITIONAL INFORMATION REGARDING FORM CHANGE

Attached is a Reproducible Copy

Print Form: 8 1/2 x 11, 2 sided, NA BACK 9.

Counties are encouraged to use up any stock they may currently have of the DFA 377.1QR, before implementing the new forms. If you have any questions regarding this letter, please contact the Policy Implementation Unit at (916) 654-1896.

Check on the internet to see if forms are available at www.dss.cahwnet.gov

For camera-ready copies of English and Spanish forms, please call the Forms Management Unit (FMU) at (916) 657-1907, or by electronic mail at: fmudss@dss.ca.gov. Contact Language Services for other languages at (916) 445-6778 or by electronic mail at LTS@dss.ca.gov.

COUNTY OF

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

FOOD STAMP
NOTICE OF APPROVAL

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

(ADDRESSEE)

Questions? Ask your Worker.

State Hearing: If you think this action is wrong, 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.

☐ **YOUR APPLICATION FOR FOOD STAMP BENEFITS HAS BEEN APPROVED.** Your certification covers the period from _____ through_____.

We used the facts you gave us to figure your benefits. If nothing changes you will get:

$_____ for _____ for _____ people.
$_____ for _____ for _____ people.
$_____ for _____ for _____ people.

☐ Your food stamp eligibility starts the same day as your cash aid.

☐ Your first month's benefits include more than one month's benefits because of the date your application was approved.

☐ Your first month's benefits were prorated from the date you filed your application.

☐ **BECAUSE YOU NEEDED FOOD STAMPS RIGHT AWAY**, we did not require you to give us the following verification:

You must give us this verification before_____ or your food stamp eligibility will stop. You will not get another notice. If the verification you send changes your eligibility or benefits, we will make the change. You **will not** get an advance notice before we take this action.

IF YOU ALSO APPLIED FOR CASH AID, and it has not yet been approved, your food stamp benefits may be lowered or stopped without another notice if your cash aid is approved.

☐ **COMMENTS:**

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

YOUR HEARING RIGHTS

You have the right to ask for a hearing if you disagree with any county action. You have only 90 days to ask for a hearing. The 90 days started the day after the county gave or mailed you this notice.

If you ask for a hearing <u>before</u> an action on Cash Aid, Medi-Cal, Food Stamps, or Child Care takes place:

- Your Cash Aid or Medi-Cal will stay the same while you wait for a hearing.
- Your Child Care Services may stay the same while you wait for a hearing.
- Your Food Stamps will stay the same until the hearing or the end of your certification period, whichever is earlier.

If the hearing decision says we are right, you will owe us for any extra Cash Aid, Food Stamps or Child Care Services you got. To let us lower or stop your benefits before the hearing, check below:

Yes, lower or stop: ☐ Cash Aid ☐ Food Stamps ☐ Child Care

While You Wait for a Hearing Decision for:

<u>Welfare to Work</u>:

You do not have to take part in the activities.

You may receive child care payments for employment and for activities approved by the county before this notice.

If we told you your other supportive services payments will stop, you will not get any more payments, even if you go to your activity.

If we told you we will pay your other supportive services, they will be paid in the amount and in the way we told you in this notice.

- To get those supportive services, you must go to the activity the county told you to attend.
- If the amount of supportive services the county pays while you wait for a hearing decision is not enough to allow you to participate, you can stop going to the activity.

<u>Cal-Learn</u>:

- You cannot participate in the Cal-Learn Program if we told you we cannot serve you.
- We will only pay for Cal-Learn supportive services for an approved activity.

OTHER INFORMATION

Medi-Cal Managed Care Plan Members: The action on this notice may stop you from getting services from your managed care health plan. You may wish to contact your health plan membership services if you have questions.

Child and/or Medical Support: The local child support agency will help collect support at no cost even if you are not on cash aid. If they now collect support for you, they will keep doing so unless you tell them in writing to stop. They will send you current support money collected but 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 Division will set up a file. You have the right to see this file before your hearing and to get a copy of the county's written position on your case at least two days before the hearing. The state may give your hearing file to the Welfare Department and the U.S. Departments of Health and Human Services and Agriculture. **(W&I Code Sections 10850 and 10950.)**

TO ASK FOR A HEARING:

- **Fill out this page.**
- Make a copy of the front and back of this page for your records. If you ask, your worker will get you a copy of this page.
- **Send or take this page to:**

OR

- **Call toll free: 1-800-952-5253 or** for hearing or speech impaired who use TDD, **1-800-952-8349**.

To Get Help: You can ask about your hearing rights or for a legal aid referral at the toll-free state phone numbers listed above. You may get free legal help at your local legal aid or welfare rights office.

If you do not want to go to the hearing alone, you can bring a friend or someone with you.

HEARING REQUEST

I want a hearing due to an action by the Welfare Department of _____ County about my:

☐ Cash Aid ☐ Food Stamps ☐ Medi-Cal

☐ Other (list) _____

Here's Why: _____

_____

_____

_____

_____

_____

☐ **If you need more space, check here and add a page.**

☐ I need the state to provide me with an interpreter at no cost to me. (A relative or friend cannot interpret for you at the hearing.)

My language or dialect is: _____

NAME OF PERSON WHOSE BENEFITS WERE DENIED, CHANGED OR STOPPED

BIRTH DATE | PHONE NUMBER

STREET ADDRESS

CITY | STATE | ZIP CODE

SIGNATURE | DATE

NAME OF PERSON COMPLETING THIS FORM | PHONE NUMBER

☐ **I want the person named below to represent me at this hearing. I give my permission for this person to see my records or go to the hearing for me. (This person <u>can be</u> a friend or relative but cannot interpret for you.)**

NAME | PHONE NUMBER

STREET ADDRESS

CITY | STATE | ZIP CODE

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

NOTIFICACION DE APROBACION PARA RECIBIR ESTAMPILLAS PARA COMIDA

CONDADO DE

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 la siguiente página se le explica cómo solicitarla. Es posible que sus beneficios no cambien si usted solicita una audiencia antes que esta acción entre en vigor.

☐ **SU SOLICITUD PARA BENEFICIOS DE ESTAMPILLAS PARA COMIDA HA SIDO APROBADA.** Su período de certificación cubre desde _____ hasta _____.

Usamos la información que usted nos dio para calcular sus beneficios. Si no hay cambios, usted recibirá:

$_____ para _____ para _____ personas.
$_____ para _____ para _____ personas.
$_____ para _____ para _____ personas.

☐ Su elegibilidad para estampillas para comida empieza el mismo día que su asistencia monetaria.

☐ Sus beneficios para el primer mes incluyen una cantidad más alta que la de los beneficios para un mes debido a la fecha en que su solicitud fue aprobada.

☐ Sus beneficios para el primer mes fueron prorrateados a partir de la fecha en que presentó su solicitud.

☐ **DEBIDO A QUE NECESITABA ESTAMPILLAS PARA COMIDA DE INMEDIATO**, no le requerimos que nos proporcionara la siguiente verificación:

Tiene que darnos esta verificación antes de _____ o dejará de ser elegible para recibir estampillas para comida. No recibirá otra notificación. Si la verificación que usted nos envíe cambia su elegibilidad o beneficios, haremos el cambio**. No recibirá** una notificación de antemano si tomamos esta acción.

SI TAMBIEN PRESENTO UNA SOLICITUD PARA ASISTENCIA MONETARIA, y todavía no ha sido aprobada, es posible que sus estampillas para comida sean reducidas o descontinuadas, sin que reciba otra notificación, si se aprueba su solicitud para asistencia monetaria.

☐ **COMENTARIOS:**

Reglas: Las siguientes reglas son pertinentes:
Puede revisarlas en la oficina de bienestar público.

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 <u>antes</u> 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:

<u>Programa para la Transición de la Asistencia Pública al Trabajo *(Welfare to Work)*</u>:

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.

<u>Cal-Learn (un programa de California para la educación de los padres adolescentes que reciben asistencia monetaria)</u>:

- 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 INFORMACION

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 membrecía 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.

PETICION 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 | NUMERO DE TELEFONO

DIRECCION: CALLE

CIUDAD | ESTADO | CODIGO POSTAL

FIRMA | FECHA

NOMBRE DE LA PERSONA QUE COMPLETA ESTE FORMULARIO | NUMERO DE TELEFONO

☐ **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 <u>puede</u> ser un amigo o familiar, pero no puede actuar como su intérprete.)**

NOMBRE | NUMERO DE TELEFONO

DIRECCION: CALLE

CIUDAD | ESTADO | CODIGO POSTAL

*TDD: aparato de telecomunicaciones para las personas sordas