

NOTICE OF FORM CHANGE NO. 04-249

DATE

08-27-2004

TO:
County Welfare Director
Supply Clerk / Forms Coordinator

FROM:
Forms Management Unit
(916) 657-1907

- Community Care Licensing District Offices
 Private and Public Adoption Agencies

- District Attorney
 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 NA 817 (12/03) English and Spanish
Notice of Action - Cash Aid

ORDER UNIT MASTER ONLY	<input checked="" type="checkbox"/> Free <input type="checkbox"/> Sold	ESTIMATED PRICE	INITIAL SUPPLY SENT <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> New <input checked="" type="checkbox"/> Revised	DATE OF FORM 12/03	REPLACES 1/98	<input type="checkbox"/> Obsolete
REQUIRED FORM- <input type="checkbox"/> No Change Permitted	REQUIRED FORM- <input checked="" type="checkbox"/> Substitute Permitted With Prior DSS Approval	<input type="checkbox"/> Recommended Form	
UNLESS OTHERWISE SPECIFIED STOCK MAINTAINED AT: Department of Social Services Warehouse P.O. Box 980788 West Sacramento, CA 95798-0788		<input type="checkbox"/> 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 12/03

USE FORM IN ACCORDANCE WITH

- All County Letter No.
 Other (specify)

ADDITIONAL INFORMATION REGARDING FORM CHANGE

Attached is a Reproducible Copy

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

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.

NOTICE OF ACTION

COUNTY OF _____

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.

_____, as of _____,
we are changing your cash aid from \$_____ to \$_____.

We are lowering your cash aid because you did not have a good reason for not doing what you agreed to do in the compliance plan that you signed. You agreed to:

We will not pay for transportation, or work- or training-related expenses while you are off cash aid. We may pay for child care, if you work or attend school.

HOW TO GET BACK ON CASH AID

You can get back on cash aid, if you are eligible for it by:

- Contacting the county and telling them you want your cash aid back; then doing what the county asks.
- Contacting the county no earlier than 45 days before _____, and telling them you want your cash aid back; then doing what the county asks. Even if you do this, your cash aid will not be restored earlier than _____.

TO CONTACT THE COUNTY ABOUT GETTING BACK ON CASH AID, CALL _____.

DO YOU NEED FREE LEGAL HELP? You can get free help with this problem from:

Local Legal Aid Office: () _____

State Welfare Rights Organization: () _____

Food Stamps: If the failure to meet Welfare to Work requirements also causes a food stamps penalty, you may not be able to get food stamps for at least 1, 3 or 6 months. If there is a food stamps penalty, you will get another notice telling you how long your food stamps will be stopped.

Medi-Cal: This Notice of Action does NOT change or stop Medi-Cal benefits. **Keep your plastic Benefits Identification Card(s).**

Rules: These rules apply. CalWORKs MPP § 42-712 (exemptions); 42-713 (good cause); 42-721 (noncompliance and good cause). Food Stamps MPP § 63-407.521. You may review these rules at your welfare office.

Your New Monthly Cash Aid Amount is Figured Below

Section A. Countable Income, Month of _____

Total Business Income \$ _____
Business Expenses:
a. 40% Standard - _____
OR
b. Actual - _____
Net Earnings from Self-Employment = _____

Total Disability-Based Unearned Income of (Assistance Unit + Non-Assistance Unit Members) \$ _____
\$225 Disregard - _____
Nonexempt Unearned Disability-Based Income = _____
OR
Unused Amount of \$225 Disregard = _____

Total Earned Income \$ _____
Net Earnings from Self-Employment (from above) + _____
Subtotal = _____
Unused Amount of \$225 Disregard (from above) - _____
Subtotal = _____
Earned Income Disregard 50% - _____
Subtotal = _____
Nonexempt Unearned Disability-Based Income (from above) + _____
Other Nonexempt Income of (Assistance Unit + Non-Assistance Unit Members) + _____
_____ + _____

Net Countable Income = _____

Section B. Your Cash Aid, Month of _____

1. Maximum Aid _____ Persons (Assistance Unit + Non-Assistance Unit Members) .. \$ _____
2. Special Needs (Assistance Unit only) + _____
3. Net Countable Income from Section A - _____
4. Subtotal =
5. Maximum Aid _____ Persons (Assistance Unit only) (Excluding Sanctioned Persons) \$ _____
6. Special Needs (Assistance Unit only) + _____
7. Maximum Aid Subtotal =
8. **Full Month Aid Subtotal** (Lowest Amount on Line 4 or 7) = _____
9. Line 8 Prorated for Part of Month = _____
10. Adjustments: 25% Child Support Sanction - _____
Overpayment - _____
Other Sanctions - _____
Bonus + _____
11. **Monthly Cash Aid Amount** (Line 8 or 9 Adjusted) = _____

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 before 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:

Welfare to Work:

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.

Cal-Learn:

- 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 can be a friend or relative but cannot interpret for you.)

NAME

PHONE NUMBER

STREET ADDRESS

CITY

STATE

ZIP CODE

NOTIFICACION DE ACCION

CONDADO DE _____

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

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.

_____, a partir de _____, cambiaremos su asistencia monetaria de \$ _____ a \$ _____.

Estamos reduciendo su asistencia monetaria porque usted no tuvo un motivo justificado para no hacer lo que acordó hacer en el plan de cumplimiento que firmó. Usted acordó hacer lo siguiente:

No pagaremos transporte ni gastos relacionados con el empleo o entrenamiento mientras que usted no esté recibiendo asistencia monetaria. Es posible que paguemos cuidado de niños si usted trabaja o asiste a la escuela.

COMO VOLVER A RECIBIR ASISTENCIA MONETARIA

Usted puede volver a recibir asistencia monetaria si es elegible para recibirla y hace una de las siguientes cosas:

- se comunica con el Condado y les dice que usted quiere volver a recibir asistencia monetaria; luego hace lo que el Condado pida.
- se comunica con el Condado no antes de 45 días de _____ y les dice que usted quiere volver a recibir asistencia monetaria; luego hace lo que el Condado pida. Aun cuando haga esto, su asistencia monetaria no se reactivará antes de _____.

PARA COMUNICARSE CON EL CONDADO SOBRE COMO VOLVER A RECIBIR ASISTENCIA MONETARIA, LLAME AL _____.

¿NECESITA ASISTENCIA LEGAL GRATUITA? Puede recibir asistencia gratuita con este problema de:

Oficina local de asesoramiento legal: ()

Organización Estatal para la Defensa de los Derechos Relacionados a la Asistencia Pública: ()

Estampillas para comida: Si el no cumplir con los requisitos del Programa para la Transición de la Asistencia Pública al Trabajo (*Welfare to Work* - WTW) también resulta en una sanción con respecto a las estampillas para comida, es posible que no pueda recibirlas por lo menos 1, 3 ó 6 meses. Si hay alguna sanción con respecto a las estampillas para comida, usted recibirá otra notificación que le indique el período durante el cual serán descontinuadas.

Medi-Cal: Esta notificación NO cambia ni suspende sus beneficios de Medi-Cal (Programa de Asistencia Médica de California). **Conserve sus tarjetas de plástico de identificación de beneficios.**

Reglas: Las siguientes reglas, las cuales puede revisar en la oficina de bienestar público, son pertinentes. CalWORKs*: MPP** Sección 42-712 (exenciones); 42-713 (motivo justificado); 42-721 (falta de cumplimiento y motivo justificado). Programa de Estampillas para Comida: MPP Sección 63-407.521.

A continuación se calcula su nueva cantidad mensual de asistencia monetaria

Sección A. Ingresos contables del mes de _____

Total de ingresos provenientes de un negocio	.....	\$	_____
Gastos del negocio:			
a. Estándar del 40%	.....	-	_____
b. Gastos verdaderos	.....	-	_____
Ingresos netos provenientes de trabajo por cuenta propia	...	=	_____

Total de ingresos no ganados basados en incapacidad/discapacidad (unidad de asistencia + personas que no son parte de la unidad de asistencia)	.....	\$	_____
Deducción de \$225	.....	-	_____
Ingresos no ganados basados en incapacidad/discapacidad no exentos	.....	=	_____
<input type="radio"/> cantidad que no se usó de la deducción de \$225	..	=	_____

Total de ingresos ganados	.....	\$	_____
Ingresos netos provenientes de trabajo por cuenta propia (de la parte de arriba)	.....	+	_____
Subtotal	.....	=	_____
Cantidad que no se usó de la deducción de \$225 (de la parte de arriba)	.....	-	_____
Subtotal	.....	=	_____
Deducción del 50% por los ingresos ganados	.....	-	_____
Subtotal	.....	=	_____
Ingresos no ganados basados en incapacidad/discapacidad no exentos (de la parte de arriba)	.....	+	_____
Otros ingresos no exentos (unidad de asistencia + personas que no son parte de la unidad de asistencia)	_____	+	_____

Ingresos netos contables = _____

Sección B. Su asistencia monetaria del mes de _____

1. Asistencia máxima para _____ personas (unidad de asistencia + personas que no son parte de la unidad de asistencia) \$ _____
2. Necesidades especiales (unidad de asistencia solamente) + _____
3. Ingresos netos contables de la Sección A - _____
4. Subtotal =
5. Asistencia máxima para _____ personas (unidad de asistencia solamente) (excluyendo a las personas que han sido sancionadas) \$ _____
6. Necesidades especiales (unidad de asistencia solamente) + _____
7. Subtotal de asistencia máxima =
8. **Subtotal de asistencia del mes completo** (La cantidad de la línea 4 ó 7, la que sea menor) . = _____
9. Línea 8 prorrateada para parte del mes = _____
10. Ajustes: Sanción del 25% por mantenimiento de hijos - _____
 Pago excesivo - _____
 Otras sanciones - _____
 Cantidad adicional + _____
11. **Cantidad mensual de asistencia monetaria** (Línea 8 ó 9 después de los ajustes) = _____

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 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 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.

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

CUIDAD 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 puede ser un amigo o familiar, pero no puede actuar como su intérprete.)**

NOMBRE NUMERO DE TELEFONO

DIRECCION: CALLE

CUIDAD ESTADO CODIGO POSTAL