

**NOTICE OF FORM CHANGE NO. 04-269**

DATE

09-17-2004

**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 845 (4/04) English and Spanish  
Notice of Action - Welfare to Work

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 4/04	REPLACES 1/98	<input type="checkbox"/> Obsolete

REQUIRED FORM-

 No Change Permitted

REQUIRED FORM-

 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)

ADDITIONAL INFORMATION REGARDING FORM CHANGE

Attached is a Reproducible Copy

Print Form: 8 1/2 x 11, 2 sided, and use with the NA BACK 9.

Check on the internet to see if forms are available at [www.dss.cahwnet.gov](http://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](mailto:fmudss@dss.ca.gov). Contact Language Services for other languages at (916) 445-6778 or by electronic mail at [LTS@dss.ca.gov](mailto:LTS@dss.ca.gov).

# NOTICE OF ACTION

COUNTY OF \_\_\_\_\_

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

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 notice tells how. Your benefits may not be changed if you ask for a hearing before this action takes place.

\_\_\_\_\_, our records show that you did not:

- Sign the Welfare to Work plan on \_\_\_\_\_.
- Participate in \_\_\_\_\_ on \_\_\_\_\_.
- Make good progress in your \_\_\_\_\_ activity because \_\_\_\_\_.
- Accept a job at \_\_\_\_\_.
- Keep your job at \_\_\_\_\_.
- Keep the same amount of earnings.

## WE NEED TO TALK TO YOU

**To keep your cash aid from being lowered**, we must talk with you about this problem. An appointment has been made for you on \_\_\_\_\_, at \_\_\_\_\_ o'clock, at \_\_\_\_\_.  
If you need transportation or child care to go to his meeting, call your Welfare to Work worker at the telephone number listed below.

**Welfare to Work Worker's Name:** \_\_\_\_\_  
**Telephone Number:** \_\_\_\_\_

If you cannot go to this meeting, you must call your worker to set a new time. Unless you have a good reason, you can change this meeting only once. You can also call your worker to talk about the problem instead of going to the meeting. You must call your worker to set a new time to meet, or to talk about your problem on the telephone, by \_\_\_\_\_.

When you talk to your worker, you will be asked if you had a good reason ("good cause") for not doing what we asked you to do. If we verify that you had a good reason, your cash aid will not be lowered because of this problem. Some examples of good reasons are not having child care or not having transportation. For other good reasons, see the "Request For Good Cause Determination" form sent with this notice.

Your cash aid will also not be lowered if you can show us that you should have been exempt at the time you did not do your Welfare to Work activity.

If you do not have a good reason for not doing what we asked you to do, you can agree to a compliance plan to meet Welfare to Work rules. Your cash aid will not be lowered if you agree to a compliance plan and then do what it says. If you agree to a compliance plan and then later do not do what it says, your cash aid will be lowered. If this happens, you will get a separate notice.

**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.

## HOW TO STOP YOUR CASH AID FROM BEING CUT

As of \_\_\_\_\_, your family's cash aid will be lowered from \$ \_\_\_\_\_ to \$ \_\_\_\_\_, unless you show us you had a good reason for not doing what we asked you to do. If you do not have a good reason, you can agree to a compliance plan to stop your cash aid from being lowered. If you do not agree to a compliance plan, you will not get another notice before your cash aid is lowered.

See the next page for more information about how we figured how much your family will get if your cash aid is lowered.

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

## HOW TO GET BACK ON CASH AID

If your cash aid is lowered, 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 \_\_\_\_\_.

The family's other parent, \_\_\_\_\_, may also get cash aid again if he/she is eligible for it by:

- Contacting the county and telling them he/she wants cash aid back; then doing what the county asks.
- Contacting the county no earlier than 45 days before \_\_\_\_\_, and telling them he/she wants cash aid back; then doing what the county asks. Even if he/she does this, cash aid will not be restored earlier than \_\_\_\_\_.

**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).**

# NOTICE OF ACTION

(Continued)

COUNTY OF \_\_\_\_\_

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

If you do not have a good reason for not doing what we asked you to do, or you do not agree to a compliance plan, your cash aid will change as of \_\_\_\_\_, as follows:

Notice Date \_\_\_\_\_  
Case Name \_\_\_\_\_  
Number \_\_\_\_\_

## Monthly Cash Aid Amount

### 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 (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

Fecha de la notificación:
Nombre del caso:
Número Nombre del trabajador:
Número:
Teléfono:
Dirección:

(ADDRESSEE)

Empty box for addressee information.

¿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.

\_\_\_\_\_, nuestros expedientes muestran que usted:

- No firmó su plan del Programa para la Transición de la Asistencia Pública al Trabajo (Welfare to Work - WTW) en \_\_\_\_\_.
No participó en \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_.
No progresó de una manera satisfactoria en su actividad de \_\_\_\_\_ porque \_\_\_\_\_.
No aceptó un empleo en \_\_\_\_\_.
No conservó su empleo en \_\_\_\_\_.
No conservó la misma cantidad de ingresos ganados.

NECESITAMOS HABLAR CON USTED

Para que no se reduzca su asistencia monetaria, tenemos que hablar con usted sobre este problema. Se ha programado una cita para usted en \_\_\_\_\_, a la(s) \_\_\_\_\_, en \_\_\_\_\_. Si necesita transporte o cuidado de niños para poder ir a esta junta, llame a su trabajador de WTW al número de teléfono que se encuentra a continuación.

Nombre del trabajador de WTW: \_\_\_\_\_
Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Si no puede ir a esta junta, tiene que llamar a su trabajador para programar una nueva cita. A menos que tenga un motivo justificado, usted podrá cambiar la cita solamente una vez. También puede llamar a su trabajador para hablar sobre el problema por teléfono en vez de ir a la junta. Usted tiene que llamar a su trabajador a más tardar en \_\_\_\_\_ para programar una nueva cita o para hablar sobre su problema por teléfono.

Cuando hable con su trabajador, se le preguntará si tuvo un motivo justificado ("buena razón") para no hacer lo que le pedimos que haga. Si verificamos que usted tuvo un motivo justificado, no se reducirá su asistencia monetaria debido a este problema. Algunos ejemplos de motivos justificados son el no tener cuidado de niños o el no tener transporte. Para enterarse de otros motivos justificados, vea el formulario titulado "Petición para una determinación de un motivo justificado" que fue enviado con esta notificación.

Su asistencia monetaria tampoco se reducirá si usted puede mostrarnos que debió de haber estado exento cuando no realizó su actividad de WTW.

Si usted no tiene un motivo justificado para no hacer lo que le pedimos que haga, puede aceptar un plan de cumplimiento para cumplir con las reglas de WTW. Su asistencia monetaria no se reducirá si usted acepta un plan de cumplimiento y luego hace lo que se diga allí. Si acepta un plan de cumplimiento y más tarde no hace lo que se diga allí, su asistencia monetaria se reducirá. Si esto sucede, usted recibirá una notificación por separado.

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.

COMO PREVENIR QUE SE REDUZCA SU ASISTENCIA MONETARIA

A partir de \_\_\_\_\_, la asistencia monetaria de su familia se reducirá de \$ \_\_\_\_\_ a \$ \_\_\_\_\_, a menos que usted nos muestre que tuvo un motivo justificado para no hacer lo que le pedimos que haga. Si no tiene un motivo justificado, puede aceptar un plan de cumplimiento para prevenir que se reduzca su asistencia monetaria. Si no acepta tal plan, no recibirá otra notificación antes que se reduzca su asistencia monetaria.

Vea la segunda página para obtener más información sobre cómo calculamos cuánto su familia recibirá si se reduce su asistencia monetaria.

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

COMO VOLVER A RECIBIR ASISTENCIA MONETARIA

Si se reduce su asistencia monetaria, usted puede volver a recibir asistencia monetaria si es elegible para recibirla y:

- 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 \_\_\_\_\_.

Es posible que el otro de los padres de la familia, \_\_\_\_\_, también vuelva a recibir asistencia monetaria si él/ella es elegible para recibirla y:

- se comunica con el Condado y les dice que él/ella 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 él/ella 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 \_\_\_\_\_.

¿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.

# NOTIFICACION DE ACCION

## (Continuación)

CONDADO DE \_\_\_\_\_

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

Si usted no tiene un motivo justificado para no hacer lo que le pedimos que haga, o si no acepta un plan de cumplimiento, a partir de \_\_\_\_\_, su asistencia monetaria cambiará de la siguiente manera:

Fecha de la notificación \_\_\_\_\_  
Nombre del caso \_\_\_\_\_  
Número \_\_\_\_\_

### 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% . . . . . - \_\_\_\_\_  
 O  
 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 . . . . . = \_\_\_\_\_  
 O  
 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