

**AVISO DE NUEVA CERTIFICACIÓN
PARA EL PROGRAMA DE BENEFICIO
TRANSICIONAL DE NUTRICIÓN (TNB)**

State of California
Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

CONDADO DE _____

Fecha del aviso : _____

Nombre del caso : _____

Número del caso : _____

Nombre del trabajador: _____

Número del trabajador: _____

Número de teléfono: _____

Dirección : _____

¿Tiene preguntas? Consulte con su trabajador.

(ADDRESSEE)

┌

┐

└

┘

Audiencia estatal: Usted tiene el derecho a una audiencia estatal si no está de acuerdo con cualquier acción tomada respecto a su nueva certificación para beneficios actuales. Usted puede solicitar una audiencia estatal dentro de 90 días a partir de la acción del condado y nos tiene que decir por qué quiere una audiencia. El aviso de aprobación o discontinuación que reciba tendrá información sobre cómo solicitar una audiencia estatal.

**PARA MANTENER SUS BENEFICIOS, USTED TIENE QUE COMPLETAR Y REGRESAR ESTE
FORMULARIO AL CONDADO ANTES DE _____.**

Su periodo de certificación para el programa de TNB termina en _____. Para mantener sus beneficios del programa de TNB, usted tiene que completar y regresar este formulario. Si no presenta el formulario completado antes de la fecha límite, usted podría perder sus beneficios del programa de TNB. Usted también podría tener que completar una solicitud de CalFresh. Si necesita ayuda para completar este formulario, comuníquese con su condado.

Si ya no vive en California, **PARE**. No necesita completar la nueva certificación del programa de TNB. Su hogar debe vivir en California para recibir beneficios del programa de TNB.

Esto es lo que usted necesita hacer:

1. Complete la Sección 1 contestando las preguntas con "SÍ" o "NO".
2. Complete la Sección 2 para determinar si usted también necesita presentar o no una solicitud de CalFresh antes de la fecha límite mencionada arriba. Si se requiere, usted puede completar una solicitud de CalFresh en línea: www.benefitscal.com o puede usar la solicitud en papel que se adjunta.
3. Complete la Sección 3 firmando, fechando, y proporcionando su información de contacto.
4. Regrese este formulario completado al condado antes de la fecha límite mencionada arriba.

Sección 1: Cambios en el hogar

Marque "SÍ" o "NO" para reportar cambios desde su última certificación del programa de TNB en _____.

1. ¿Cualquier persona anotada enseguida se salió de su hogar?

(Consejo: No cuente a nadie quien solamente está fuera del hogar temporalmente y planea regresar. Incluya a las personas quienes han fallecido).

_____ SÍ NO

_____ SÍ NO

2. ¿Cualquier persona anotada abajo dejó de recibir beneficios de Ingresos Suplementales de Seguridad/Pagos Suplementarios del Estado (SSI/SSP)?

(Consejo: Conteste “NO” si se han suspendido los beneficios de SSI/SSP de la persona)

_____ SÍ NO

_____ SÍ NO

3. ¿Cualquier persona llegó o se salió de su hogar? SÍ NO

4. ¿Cambiaron los ingresos mensuales totales de su hogar (ya sea que aumentaron o disminuyeron) por un nuevo empleo, CalWORKs, otra ayuda monetaria, seguro social, beneficios a veteranos, beneficios por desempleo, jubilación, u otras nuevas fuentes?

SÍ NO

Sección 2: Solicitud de CalFresh

Si marcó “NO” en **todas** las preguntas en la Sección 1:

- 1. Complete la Sección 3 abajo y regrese este formulario al condado antes de la fecha límite.

Si marcó “SÍ” a **cualquiera** de las preguntas en la Sección 1:

- 1. Usted tiene que completar una solicitud de CalFresh en línea: www.benefitscal.com O tiene que usar la solicitud en papel adjunta antes de la fecha límite.
- 2. Complete la Sección 3 y regrese este formulario. Si usted usa la solicitud en papel adjunta, por favor regrésela con este formulario.
- 3. Seleccione la casilla que describa la manera en que enviará la solicitud de CalFresh requerida:
 - Se completó una solicitud en línea en www.benefitscal.org**
 - Se completó una solicitud en papel y se regresó junto con el formulario**

Sección 3: Firma e información de contacto

Entiendo que tengo que contestar con exactitud las preguntas anteriores acerca de los cambios en mi hogar. Declaro bajo pena de perjurio que toda la información provista es cierta y correcta.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre impreso: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____