

## SU RELOJ QUE MARCA EL LÍMITE DE TIEMPO DE 24 MESES DEL PROGRAMA PARA LA TRANSICIÓN DE LA ASISTENCIA PÚBLICA AL TRABAJO (WELFARE TO WORK - WTW)

CONDADO	
NOMBRE DEL CASO	
NÚMERO DEL CASO	OTRO NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN
NOMBRE DEL TRABAJADOR	

Fecha: \_\_\_\_\_

### ESTE FORMULARIO LE PROPORCIONA INFORMACIÓN ACERCA DE SU RELOJ QUE MARCA EL LÍMITE DE TIEMPO DE 24 MESES DE WTW.

A partir de \_\_\_\_\_, a usted le quedan \_\_\_\_\_ meses de su reloj que marca el límite de tiempo de 24 meses de WTW. Durante el período de su reloj que marca el límite de tiempo de 24 meses de WTW, usted puede participar en muchas actividades diferentes de WTW para ayudarle hacia la autosuficiencia.

Los meses no contarán cuando:

- Usted está en el proceso de desarrollar un plan de WTW.
- Usted está cumpliendo con el número requerido de horas de participación en ciertas actividades que cumplen con las reglas federales.
- Usted está participando en Cal-Learn (un programa de California para la educación de los padres adolescentes que reciben asistencia monetaria).
- Usted está exento de participar en WTW.
- El Condado determina que usted tiene un motivo justificado para no participar en WTW. Esto puede incluir que el Condado no tiene los servicios de apoyo que usted necesita para hacer su asignación.
- Usted está sancionado en WTW.
- Usted ha recibido una exención en el reloj que marca el límite de tiempo de 24 meses de WTW, debido a abuso doméstico.

Después que haya usado todos los meses del reloj que marca el límite de tiempo de 24 meses de WTW, cambiará el tipo de actividades que tiene que hacer en WTW. Tendrá menos actividades que se permitan y necesitará cumplir con los requisitos relacionados a las horas de actividades principales (*core hours*) a menos que califique para una extensión en el reloj que marca el límite de tiempo de 24 meses de WTW. Es posible que las actividades principales (*core activities*) incluyan el empleo, experiencia en el empleo, y servicio comunitario. Es posible que la educación y el entrenamiento vocacionales se permitan como una actividad principal (*core activity*) hasta por un año, si es que no ha usado su límite de 12 meses de sólo una vez en la vida en donde la educación vocacional pueda contar como una actividad principal (*core activity*). La siguiente tabla le muestra la diferencia entre los requisitos relacionados a las actividades principales (*core activities*) durante y después del reloj que marca el límite de tiempo de 24 meses de WTW.

Número de adultos en la familia (Unidad de asistencia)	Horas de participación por semana	# de horas de actividades principales ( <i>core hours</i> ) requeridas durante el reloj de 24 meses	# de horas de actividades principales ( <i>core hours</i> ) requeridas después del reloj de 24 meses
Adulto solo con un niño menor de 6 años de edad	20	0	20
Adulto solo sin niños menores de 6 años de edad	30	0	20
Familias con ambos padres	35	0	30

Si después de usar todo el tiempo en su reloj que marca el límite de 24 meses de WTW, usted no cumple con estas horas con una actividad principal (*core activity*) permitida, es posible que se le remueva de su unidad de asistencia y que se reduzca su asistencia monetaria. Además de recibir esta notificación con información cuando presente su solicitud o tenga una redeterminación, el Condado le dará una notificación de acción (NOA) entre los meses 18 y 21 de su reloj que marca el límite de 24 meses de WTW y cuando haya usado todos los 24 meses de este reloj.

### COMUNIQUESE INMEDIATAMENTE CON EL TRABAJADOR ENCARGADO DE SU CASO SI USTED:

- quiere cambiar su plan de WTW debido a los requisitos de participación;
- piensa que hay meses que no se debieron contar en el reloj que marca el límite de 24 meses de WTW;
- necesita más información acerca de los requisitos relacionados al reloj que marca el límite de 24 meses de WTW o sobre cómo solicitar una extensión para su reloj.

**SI USTED PIENSA QUE ESTA NOTIFICACIÓN NO ES CORRECTA, COMUNIQUESE CON EL TRABAJADOR ENCARGADO DE SU CASO. USTED TAMBIÉN PUEDE SOLICITAR UNA AUDIENCIA CON EL ESTADO. EL FORMULARIO "SU DERECHO A UNA AUDIENCIA" EN LA SIGUIENTE PÁGINA LE DICE CÓMO SOLICITAR UNA AUDIENCIA CON EL ESTADO.**

## 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 tiene un motivo justificado para no haber solicitado una audiencia antes de los 90 días, usted todavía puede solicitar una audiencia. Si proporciona un motivo justificado, es posible que todavía se programe una audiencia.

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), CalFresh (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 beneficios de CalFresh (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, beneficios de CalFresh (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:

- Asistencia monetaria  CalFresh (estampillas 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 INFORMACIÓN

**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 público 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.

## PETICIÓN 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  CalFresh (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 \_\_\_\_\_ NÚMERO DE TELÉFONO \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: CALLE \_\_\_\_\_

CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA PERSONA QUE COMPLETA ESTE FORMULARIO \_\_\_\_\_ NÚMERO DE TELÉFONO \_\_\_\_\_

- 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 \_\_\_\_\_ NÚMERO DE TELÉFONO \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: CALLE \_\_\_\_\_

CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_

\*TDD: aparato de telecomunicaciones para las personas sordas