

PROGRAMA DE ASISTENCIA MONETARIA PARA INMIGRANTES AUTORIZACION PARA QUE EL ESTADO REEMBOLSE LA ASISTENCIA PROVISIONAL

NOMBRE (POR FAVOR USE LETRA DE IMPRENTA)

NUMERO DE SEGURO SOCIAL

Solicité asistencia pública en el Condado de _____. Entiendo que si solicito beneficios del Programa de Asistencia Monetaria para Inmigrantes (CAPI), se considerará como asistencia provisional cualquier asistencia pública que el Condado me pague después de que presente una solicitud para CAPI y mientras se determina mi elegibilidad para los beneficios de CAPI. (Asistencia financiada en parte con fondos federales o estatales no se considerará asistencia provisional.)

En consideración de cualquier asistencia provisional que se me pague, autorizo a la entidad responsable de determinar la elegibilidad y la cantidad de los beneficios de CAPI para que le reembolse al Condado la cantidad de la asistencia provisional que se me pague deduciendo dicha cantidad de mi primer pago de CAPI durante mi período de elegibilidad para CAPI. La cantidad que se le reembolsará al Condado se deducirá de mi primer pago de CAPI y no excederá la cantidad de dicho pago.

Reclamo inicial empezando con el mes para el cual se me considere elegible para un pago de CAPI y terminando en el mes en que mis pagos de CAPI empiecen;

o

Después de determinar la elegibilidad empezando con el mes en que mis pagos de CAPI vuelvan a comenzar después de un período en que se suspendieron o terminaron y terminando con el mes en que mis pagos vuelvan a comenzar.

Entiendo que después de deducir la cantidad que se le reembolse al Condado, la entidad responsable de determinar la elegibilidad y los pagos de CAPI inmediatamente emitirá, o pedirá que se emita, un pago a mi nombre por el saldo que se me deba. La entidad responsable emitirá, o pedirá que se emita, este pago de CAPI antes de que pasen diez (10) días hábiles a partir de la fecha en que se determine mi elegibilidad para CAPI y la cantidad de los beneficios.

Entiendo que si yo pienso que la cantidad que se deduce de mis pagos retroactivos de CAPI es más que la cantidad que el Condado de _____ me pagó, tengo el derecho de solicitar una audiencia administrativa ante el Departamento de Servicios Sociales de California. Si deseo tener una audiencia administrativa, tengo que solicitarla antes de que pasen noventa (90) días contados a partir de la fecha en que se emitió la notificación de aprobación inicial.

Entiendo que esta autorización está vigente inmediatamente y que dejará de estar vigente:

Reclamo inicial al final de un (1) año a partir de la fecha en que la entidad responsable de determinar la elegibilidad para CAPI y la cantidad de los beneficios, reciba este formulario firmado, a menos que yo solicite los beneficios de CAPI durante ese tiempo, o a menos que antes ocurra uno de los eventos anotados a continuación. En ese caso, la autorización dejará de estar vigente a partir de la fecha de dicho evento:

- El Estado hace un pago inicial o vuelve a empezar el pago en relación a mi reclamo.
- El Estado niega mi reclamo y yo no presento una apelación a tiempo sobre esa determinación.
- El Condado y yo estamos de acuerdo en terminar este convenio.

o

Después de determinar la elegibilidad al final de un (1) año a partir de la fecha en que la entidad responsable de determinar la elegibilidad para CAPI y la cantidad de los beneficios, reciba este formulario firmado o al final del período máximo para que se lleve a cabo una revisión de la determinación de suspender o terminar mis pagos de CAPI, el período que sea menos, a menos que yo solicite a tiempo una revisión o a menos que antes ocurra uno de los eventos anotados anteriormente. En ese caso, la autorización dejará de estar vigente a partir de la fecha de dicho evento.

Declaro bajo pena de perjurio en conformidad con las leyes del Estado de California, que la información que contiene este formulario es verdadera, correcta, y completa.

FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE AUTORIZADO

FECHA EN QUE SE FIRMO