

**EXENCIÓN DISCRECIONAL PARA  
LOS ADULTOS FÍSICAMENTE  
HÁBILES Y SIN DEPENDIENTES  
(AFHSD) QUE RECIBEN  
BENEFICIOS CALFRESH**

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

Fecha del aviso : \_\_\_\_\_  
Nombre del caso : \_\_\_\_\_  
Número del caso : \_\_\_\_\_  
Nombre del trabajador : \_\_\_\_\_  
N.º del trabajador : \_\_\_\_\_  
N.º de teléfono : \_\_\_\_\_  
Dirección : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(Addressee)

┌ \_\_\_\_\_ ┐  
└ \_\_\_\_\_ ┘  
  
┌ \_\_\_\_\_ ┐  
└ \_\_\_\_\_ ┘

**USTED HA RECIBIDO UNA EXENCIÓN TEMPORAL DEL LÍMITE DE  
TIEMPO PARA LOS AFHSD QUE RECIBEN BENEFICIOS CALFRESH**

Las normas federales requieren que California implemente el límite de tiempo para los AFHSD de su condado. El condado le ha otorgado una exención **temporal** de este límite para que usted no pierda sus beneficios CalFresh:

Miembro del hogar CalFresh: \_\_\_\_\_  
Fecha inicial de la exención: \_\_\_\_\_  
Fecha final de la exención: \_\_\_\_\_

Usted:

- No está exento del límite de tiempo para los AFHSD; o
- No cumple con el requisito de trabajo porque no trabaja ni participa en una actividad de empleo permisible al menos 20 horas por semana u 80 horas por mes.

Seguirá recibiendo beneficios CalFresh hasta la fecha final de la exención temporal que se menciona arriba. Durante este período, aún debe completar todos los reportes obligatorios del programa CalFresh.

Una vez vencida su exención temporal, tendrá que cumplir con el requisito de trabajo para seguir recibiendo beneficios CalFresh. A más tardar 10 días antes de la fecha final de la exención, dé pruebas al condado para demostrar que trabaja, es voluntario o participa en un programa de trabajo y capacitación al menos 20 horas por semana u 80 horas por mes.

**Si cree que está exento porque no puede trabajar al menos 20 horas por semana u 80 horas por mes por cualquier motivo, comuníquese con el condado por lo menos 10 días antes de la fecha final de la exención.** Es posible que el condado pueda otorgarle una exención del límite de tiempo.

Si desea más información sobre las formas en que puede seguir recibiendo beneficios después de la fecha final de la exención temporal, o si tiene preguntas sobre este aviso, comuníquese con el condado llamando al \_\_\_\_\_  
(Número de teléfono)

## SU DERECHO A UNA AUDIENCIA

Usted tiene derecho a pedir una audiencia si no está de acuerdo con cualquier acción del condado. Tiene solamente 90 días para pedir una audiencia. Los 90 días comenzaron el día después que el condado le dio o le envió por correo este aviso. Si tiene un motivo justificado para no haber podido solicitar una audiencia dentro de los 90 días, todavía puede solicitar una audiencia. Si presenta un motivo justificado, aún es posible que se programe una audiencia.

Si pide una audiencia antes de que entre en vigor una acción sobre la asistencia monetaria, Medi-Cal, CalFresh, o cuidado infantil:

- Su asistencia monetaria o Medi-Cal no cambiará mientras espera a que se lleve a cabo la audiencia.
- Es posible que sus servicios de cuidado infantil no cambien mientras espera a que se lleve a cabo la audiencia.
- Sus beneficios de CalFresh no cambiarán hasta la audiencia o hasta el final de su período de certificación, lo que ocurra primero.

Si la decisión de la audiencia indica que estamos en lo correcto, usted nos deberá cualquier asistencia monetaria, beneficios de CalFresh o servicios de cuidado infantil que haya recibido de más. Para que reduzcamos o descontinemos sus beneficios antes de la audiencia, marque a continuación:

Sí, reduzcan o descontinúen:  Asistencia monetaria  CalFresh  Cuidado infantil

Mientras espera la decisión de una audiencia para: Welfare to Work (Programa para la Transición de la Asistencia Pública al Trabajo):

No tiene que participar en las actividades.

Puede recibir pagos para el cuidado infantil para trabajar y participar en actividades aprobadas por el condado antes de este aviso.

Si le dijimos que los pagos para otros servicios de apoyo se iban a descontinuar, 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 la manera que le indicamos en este aviso.

- 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 paga para servicios de apoyo mientras espera la decisión de la audiencia no es suficiente para que usted pueda participar, puede dejar de participar en la actividad.

### Cal-Learn:

- No puede participar en el Programa de Cal-Learn si le dijimos que no le podemos asistir.
- Solo le 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 este aviso 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.

**Manutención de hijos y/o apoyo médico:** La oficina local de manutención de hijos le ayudará gratuitamente a cobrar manutención de hijos, aunque no esté recibiendo asistencia monetaria. Si ahora cobran manutención de hijos por usted, continuarán haciéndolo a no ser que usted les pida por escrito que lo dejen de hacer. Le mandarán la cantidad actual de manutención que se cobre pero se quedarán con los atrasos cobrados que se le deban al condado.

**Planificación familiar:** Su oficina local de bienestar público le dará información cuando usted la pida.

**Expediente de la audiencia:** Si usted solicita una audiencia, la División de Audiencias Estatales abrirá un expediente. Usted tiene derecho a ver este expediente antes de su audiencia y a obtener una copia de la declaración escrita de posición del condado relacionada con su caso por lo menos dos días antes de la audiencia. Es posible que el Estado le dé su expediente de audiencia al Departamento de Bienestar Público y a los Departamentos de Salud y Servicios Humanos y de Agricultura de los EE. UU. (**secciones 10850 y 10950 del Welfare and Institutions Code [Código de Bienestar Público e Instituciones]**).

## PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA:

- Complete esta página.
- Haga una copia de esta petición para sus registros.
- Si usted lo pide, su trabajador le dará una copia de esta página.
- Envíe o lleve esta página a:

- O
- Llame gratuitamente al 1-800-952-5253 o, si tiene una discapacidad auditiva o del habla y usa TDD, 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 números estatales gratuitos antes mencionados. Puede recibir asesoramiento legal gratuito en su oficina local de asesoramiento legal o en la oficina de defensa de los derechos relacionados con 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 mí(s):

Asistencia Monetaria  CalFresh  Medi-Cal

Otro (anote) \_\_\_\_\_

La razón es la siguiente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si necesita más espacio, marque aquí y adjunte otra página.

Necesito que el Estado me proporcione un intérprete gratuitamente. (Un pariente o amigo no puede actuar como intérprete de usted en la audiencia).  
Mi idioma o dialecto es el: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA PERSONA CUYOS BENEFICIOS FUERON DENEGADOS, CAMBIADOS O DESCONTINUADOS:

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 mi permiso para que esta persona vea mis expedientes o vaya a la audiencia por mí. (Esta persona puede ser un amigo o pariente, pero no puede actuar como su intérprete).

NOMBRE NÚMERO DE TELÉFONO

DIRECCIÓN: CALLE

CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL