

AVISO ACERCA DEL LÍMITE DE TIEMPO DE CALWORKS - 54.º MES DE ASISTENCIA

CONDADO DE _____

Nombre del caso : _____
Número del caso : _____
Otro número de ID : _____
Nombre del trabajador : _____

¿Tiene preguntas? Comuníquese con su trabajador.

ESTE AVISO LE DA INFORMACIÓN SOBRE EL LÍMITE DE TIEMPO DE 60 MESES DEL PROGRAMA DE CALIFORNIA DE OPORTUNIDADES DE TRABAJO Y RESPONSABILIDAD HACIA LOS NIÑOS (CalWORKs).

El Condado determinó que, en _____, usted, _____,
Fecha Nombre

habrá usado un total de **54 meses** de su límite de 60 meses de asistencia monetaria de CalWORKs. Es posible que usted sea elegible para recibir asistencia durante 6 meses más a partir de esa fecha.

COMUNÍQUESE CON SU TRABAJADOR INMEDIATAMENTE SI USTED:

- Necesita más información acerca del número de meses que se contaron para el límite de tiempo de 60 meses.
- Está o estuvo exento del límite de 60 meses de CalWORKs y no solicitó la exención. Una exención detiene el límite de tiempo al no contar ciertos meses en su límite de asistencia.
- No está de acuerdo con el total del límite de tiempo del Condado.
- Necesita más información acerca de los requisitos/exenciones o cómo solicitar una exención del límite de 60 meses de CalWorks.

EL LÍMITE DE TIEMPO DE 60 MESES NO AFECTARÁ SU ELEGIBILIDAD PARA LOS BENEFICIOS DE CALFRESH NI PARA LOS BENEFICIOS DE MEDI-CAL.

Cuando usted haya usado su límite de tiempo de 60 meses de asistencia monetaria de CalWORKs, recibirá un aviso de acción.

SI CREE QUE ESTA NOTIFICACIÓN ES INCORRECTA, COMUNÍQUESE CON EL TRABAJADOR ENCARGADO DE SU CASO. TAMBIÉN PUEDE SOLICITAR UNA AUDIENCIA CON EL ESTADO. EL FORMULARIO “SU DERECHO A UNA AUDIENCIA” EN LA SIGUIENTE PÁGINA LE EXPLICA CÓMO SOLICITAR UNA AUDIENCIA CON EL ESTADO.

Reglas: Las siguientes reglas, las cuales puede revisar en la oficina de bienestar público, son pertinentes: secciones 40-107(a)(4) del Manual de Prácticas y Procedimientos (MPP), capítulo 11 de los estatutos de 2020 del Proyecto de Ley 79 de la Asamblea Estatal (AB 79) y la carta circular a todos los condados 20-113.

SU DERECHO A UNA AUDIENCIA

Usted tiene derecho a solicitar una audiencia si no está de acuerdo con cualquier acción que el condado tome. Solo 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 este aviso. Si tiene un motivo justificado por no haber solicitado una audiencia antes de los 90 días, usted todavía puede solicitar una audiencia. Si demuestra que tiene un motivo justificado, aún se podría programar una audiencia.

Si usted solicita una audiencia antes de que entre en vigor una acción relacionada con la asistencia monetaria, Medi-Cal (Programa de Asistencia Médica de California), CalFresh o cuidado infantil:

- Su asistencia monetaria / 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 mientras espera a que se lleve a cabo 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. Si desea que reduzcamos o descontinúemos sus beneficios antes de la audiencia, marque toda casilla que aplique:

Sí, reduzcan o descontinúen mis beneficios de:

- Asistencia monetaria CalFresh
 Cuidado infantil

Mientras espera la decisión de una audiencia relacionada con:

Welfare to Work (Programa para la Transición de la Asistencia Pública al Trabajo):

No tiene que participar en las actividades.

Puede recibir pagos en relación con el cuidado infantil para trabajar y participar en actividades aprobadas por el condado antes de la emisión 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 con la cantidad y la manera que se indican en este aviso.

- Para recibir esos servicios de apoyo, tiene que participar en la actividad en que el condado le dijo 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 (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.
- 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. Si tiene preguntas, puede comunicarse con la oficina de servicios de membresía de su plan de salud.

Manutención de hijos y/o apoyo médico: La oficina local de manutención de hijos le ayudará gratuitamente a cobrar manutención de hijos, incluso si usted no recibe asistencia monetaria. Si ahora cobran manutención de hijos para usted, continuarán haciéndolo a menos que usted les pida por escrito que dejen de hacerlo. Le mandarán la cantidad de manutención que hayan cobrado pero se quedarán con los atrasos cobrados que se le deban al condado.

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

Expediente de 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 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, al Departamento de Salud y Servicios Humanos y al Departamento de Agricultura de los Estados Unidos. **(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 las dos caras de esta página 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 usted tiene discapacidad auditiva o del habla y usa TDD (aparato de telecomunicaciones para las personas sordas), 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 gratuitos mencionados arriba. Podría 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 usted no quiere ir a la audiencia solo, un amigo u otra persona puede acompañarlo.

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 mis beneficios de:

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 un amigo no puede actuar como intérprete en la audiencia.)

Mi idioma o dialecto es el: _____

| | | | |
|---|--------|------------|------------------|
| Nombre de la persona cuyos beneficios fueron denegados, cambiados, o descontinuados | | Fech. nac. | Núm. de teléfono |
| Dirección: Calle | Ciudad | Estado | Código postal |
| Firma | | | Fecha |
| Nombre de la persona que completa este formulario | | | Núm. 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 pariente, pero no puede actuar como su intérprete).**

| | | | |
|------------------|--------|--------------------|---------------|
| Nombre | | Número de teléfono | |
| Dirección: Calle | Ciudad | Estado | Código postal |