

**AVISO DE ACCIÓN
DENEGACIÓN -
ELEGIBILIDAD FINANCIERA**

CONDADO DE _____

Fecha del aviso : _____
Nombre del caso : _____
Número del caso : _____
Nombre del trabajador : _____
Número del trabajador : _____
Número de teléfono : _____
Dirección : _____

(ADDRESSEE)

┌

┌

┌

┌

¿Preguntas? Comuníquese con su trabajador.

Audiencia estatal: Si usted cree que esta acción es incorrecta, puede solicitar una audiencia. En la página 3 se le explica cómo solicitarla. Sus beneficios no pueden ser modificados si solicita una audiencia antes de que esta acción entre en vigor.

Medi-Cal: Este aviso NO cambia ni discontinúa sus beneficios de Medi-Cal. Si hay un cambio en sus beneficios de Medi-Cal, recibirá otro aviso. **Guarde su(s) tarjeta(s) de identificación de beneficios.**

Reglas: Las siguientes reglas son pertinentes; puede revisarlas en su oficina de bienestar público:

Ingresos netos contables

- 1. Total de ingresos provenientes de trabajo por cuenta propia \$ _____
- 2. Gastos de trabajo por cuenta propia:
 - a. Estándar del 40 % - _____
 - O
 - b. Gastos reales - _____
- 3. Ingresos netos provenientes de trabajo por cuenta propia = _____
- 4. Total de ingresos no provenientes de trabajo y basados en incapacidad/discapacidad (DBI) (unidad de asistencia + personas que no son miembros de la unidad de asistencia) \$ _____
- 5. Deducción de \$550 por DBI (si #4 es más de \$550) - _____
- 6. Ingresos de DBI no exentos = _____
- O
- 7. Cantidad de la deducción de \$550 por DBI que no se usó = _____
- 8. Total de ingresos ganados \$ _____
- 9. Ingresos netos provenientes de trabajo por cuenta propia (de la parte de arriba) + _____
- 10.Subtotal** = _____
- 11. Porción de los \$550 que no se usó (del #7) - _____
- 12.Subtotal** = _____
- 13. Deducción del 50 % por ingresos provenientes de trabajo - _____
- 14.Subtotal** = _____
- 15. Ingresos de DBI no exentos (del #6) + _____
- 16. Otros ingresos no exentos (unidad de asistencia + personas que no son miembros de la unidad de asistencia) + _____
- 17. Manutención de hijos: monto cobrado por el condado + _____
- 18. Ingresos netos contables** = _____

19. Pago máximo de asistencia

Asistencia máxima para _____ personas (unidad de asistencia + personas que no son miembros de la unidad de asistencia) \$ _____

Necesidades especiales (unidad de asistencia + personas que no son miembros de la unidad de asistencia) + _____

20. Pago máximo de asistencia = _____

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 discontinuados		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