

CONDADO DE _____

NOTIFICACIÓN DE CAMBIO PARA LOS GRUPOS PARA FINES DE CALFRESH QUE TIENEN QUE REPORTAR CUANDO HAY CAMBIOS

Fecha de la notificación : _____
Nombre del caso : _____
Número : _____
Nombre del trabajador : _____
Número : _____
Teléfono : _____
Dirección : _____

(ADDRESSEE)

[]

[]

Si tiene alguna pregunta o quiere más información acerca de esta acción, por favor comuníquese con su trabajador.

Audiencia con el Estado: Si usted cree que esta acción está equivocada, puede pedir una audiencia, a menos que ya haya tenido una audiencia sobre la cantidad que debe. En la siguiente página, se le explica cómo solicitarla. Sus beneficios no pueden cambiar si usted solicita una audiencia antes que esta acción entre en vigor.

CAMBIO EN LOS BENEFICIOS

A partir de _____, sus beneficios de CalFresh cambiarán de \$ _____ a \$ _____ cada mes porque:

Ya se le informó acerca de una emisión excesiva de beneficios de CalFresh y está recibiendo menos beneficios de CalFresh debido a que el Condado ha estado reduciendo su asignación mensual un 10% o \$10 dólares (la cantidad que sea mayor) para reembolsar los beneficios de CalFresh que usted recibió pero no debió haber recibido. Se decidió en una corte o en una audiencia con el Estado, o porque usted firmó un acuerdo de consentimiento a descalificación o una renuncia a una audiencia administrativa de descalificación, que esta emisión excesiva fue el resultado de una violación intencional del programa (IPV). Ahora cambiará su asignación mensual porque el Condado puede comenzar a reducir su asignación un 20% o \$10 dólares (la cantidad que sea mayor). Este formulario le indicará si hay algún otro cambio en su asignación mensual de CalFresh.

CAMBIO PROPUESTO EN LOS BENEFICIOS

A partir de _____, es posible que sus beneficios de CalFresh se reduzcan o descontinúen debido a que no se recibió con su reporte sobre cambios (el formulario CF 377.5 CR) la información necesaria para determinar si sigue teniendo derecho a beneficios o para determinar la cantidad correcta de sus beneficios. Tenemos que recibir la siguiente información a más tardar el primer día del próximo mes:

Si se le pide verificación de un gasto y usted no la proporciona, no se permitirá que se incluya este gasto en el cálculo para los beneficios del próximo mes. Además, si no proporciona otra información que se le pida, es posible que sus beneficios se reduzcan o descontinúen.

Reglas: Estas reglas son pertinentes a la acción (o acciones) mencionada anteriormente:

Puede revisarlas en la oficina de bienestar público.

NO HAY CAMBIO EN LOS BENEFICIOS

Sus beneficios de CalFresh no han cambiado debido al documento (o documentos)/información que recibimos porque:

DESCONTINUACIÓN

A partir de _____, sus beneficios de CalFresh se descontinuarán porque:

Basándose en la razón por la cual se descontinuarán sus beneficios, su grupo para fines CalFresh también queda descalificado para participar en el Programa de CalFresh hasta _____. Usted puede presentar una nueva solicitud para beneficios al final de este período de descalificación.

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, 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 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 o servicios de cuidado de niños que haya recibido de más. Para que reduzcamos o descontinúemos sus beneficios antes de la audiencia, marque a continuación:

Sí, reduzcan o descontinúen: Asistencia monetaria CalFresh
 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 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 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 paga 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&IC.)**

PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA:

- **Complete esta página.**
- Haga una copia de esta página y de la primera página para sus expedientes.
Si la pide, su trabajador le dará una copia de esta página.
- **Envíe o lleve esta página 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 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 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 DESCONTINUARON 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