

NOTIFICACIÓN DE DESCALIFICACIÓN ADMINISTRATIVA

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

(ADDRESSEE)

¿Tiene preguntas? Comuníquese con su trabajador.

Audiencia con el Estado: Usted no puede apelar en una audiencia con el Estado la acción de descalificación. Si usted piensa que la nueva cantidad de beneficios de CalFresh para los otros miembros de su hogar es incorrecta, puede solicitar una audiencia. En la siguiente página se le explica cómo solicitarla. En la mayoría de los casos, la nueva cantidad no cambiará a menos que una decisión en la audiencia la cambie.

ACCIÓN DE DESCALIFICACIÓN

- La siguiente acción lo descalificó a usted del Programa de CalFresh:
- Una decisión de una audiencia con el Estado estableció que usted cometió una violación intencional del programa.
 - Una decisión de la corte estableció que usted cometió una violación intencional del programa.
 - Usted firmó un acuerdo de consentimiento a descalificación en _____.
 - Usted firmó una renuncia a una audiencia administrativa de descalificación en _____.
 - Usted fue descalificado del Programa de CalFresh en _____.
- (LUGAR)

Le dieron o le enviaron a usted una copia de la acción mencionada anteriormente. Si una decisión de una audiencia con el Estado estableció que usted cometió una violación intencional del programa, es posible que el gobierno del Estado o el gobierno federal todavía entable en la corte una acción judicial en contra de usted.

SANCIÓN DE DESCALIFICACIÓN

Las sanciones de descalificación son: 12 meses por la primera violación, 24 meses por la segunda violación, y descalificación permanente por la tercera violación. Hay tres sanciones separadas si usted no cumple estas reglas:

- Si se le encuentra culpable en cualquier corte de ley de haber cambiado los beneficios de CalFresh por armas, municiones, o explosivos, se le puede descalificar para siempre por la primera violación.
- Si se le encuentra culpable de haber cambiado los beneficios de CalFresh por sustancias controladas, usted puede ser descalificado por 24 meses por la primera violación y para siempre por la segunda violación.
- Si se le encuentra culpable de haber cambiado o vendido los beneficios de CalFresh con un valor de \$500 o más, usted puede ser descalificado para siempre.
- Si se establece que usted ha presentado al mismo tiempo más de una solicitud y ha dado información falsa sobre su identificación o residencia, usted puede ser descalificado por diez años.

Ésta es su _____ violación, lo cual significa que:

- Usted no puede recibir los beneficios de CalFresh por _____ meses, de _____ a _____.
- Usted ha sido descalificado permanentemente del Programa de CalFresh a partir de _____.

Reglas: Las siguientes reglas, las cuales puede revisar en la oficina de bienestar público, son pertinentes: Secciones 20-300.221(c), 20-300.3, 22-003.11, 63-804.1, y 63-805.1 del Manual de Prácticas y Procedimientos (MPP).

FIN DE LA DESCALIFICACIÓN

- Si fue descalificado por 12 ó 24 meses y todavía vive en el mismo hogar de CalFresh, usted debe empezar a recibir automáticamente los beneficios de CalFresh al final del período mencionado anteriormente. Si eso no sucede, debe llamar al trabajador encargado de su caso o devolver el formulario adjunto.
- Si vive en un nuevo hogar de CalFresh, tiene que solicitar que usted sea añadido a ese hogar después del período mencionado anteriormente. Usted o su representante autorizado tiene el derecho a presentar una solicitud para los beneficios de CalFresh al departamento de bienestar público del Condado ya sea en persona, por correo, fax, correo electrónico, a través de transmisión electrónica, o por medio de una solicitud electrónica en línea en: <http://www.benefitscal.org/BenefitsPortal/landing.html>.
- Si al final del período de descalificación, no vive en un hogar que recibe los beneficios de CalFresh, usted tiene que presentar una nueva solicitud para estos beneficios. Usted o su representante autorizado tiene el derecho a presentar una solicitud para los beneficios de CalFresh al departamento de bienestar público del Condado ya sea en persona, por correo, fax, correo electrónico, a través de transmisión electrónica, o por medio de una solicitud electrónica en línea en: <http://www.benefitscal.org/BenefitsPortal/landing.html>.
- Usted puede devolver el formulario en la siguiente página para solicitar que se restablezcan sus beneficios de CalFresh.
- Si fue descalificado permanentemente del Programa de CalFresh, sus beneficios de CalFresh no se pueden restaurar.

NOTIFICACIÓN A LOS OTROS MIEMBROS DE SU HOGAR

- Debido a que _____ fue descalificado del Programa de CalFresh:
 - Sus beneficios de CalFresh cambiarán de \$ _____ a \$ _____ a partir de _____.
 - Pero como usted reportó un cambio, sus beneficios de CalFresh serán diferentes. La notificación de cambio que se adjunta indica la cantidad que usted recibirá.
 - Sus beneficios de CalFresh se suspenderán a partir de _____. Como un resultado de esta descalificación, sus ingresos son demasiado altos. Usted puede volver a presentar una solicitud cuando el período de descalificación se termine o si las circunstancias cambian.
- Su período de certificación terminó. Usted puede presentar otra solicitud en cualquier momento. Es posible que sus beneficios de CalFresh sean diferentes porque _____ fue descalificado.

COMENTARIOS:

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