

NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN

SERVICIOS DE CUIDADO DE NIÑOS

CONDADO DE _____

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

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: Si usted cree que esta acción está equivocada, puede solicitar una audiencia. Sus beneficios no cambiarán si usted solicita una audiencia antes que esta acción entre en vigor. Si usted y el Condado no están de acuerdo, o si el trabajador encargado de su caso no se ha comunicado con usted, no espere para solicitar una audiencia. Usted tiene que solicitar una audiencia antes de que pasen cierto número de días. En la siguiente página de esta notificación aparece más información y se le explica cómo solicitar una audiencia.

SERVICIOS DE CUIDADO DE NIÑOS

- Usted fue aprobado para servicios de cuidado de niños en _____ para _____.
(FECHA) (NOMBRE DEL NIÑO(S))
- Su actividad/programa aprobado es menos de 30 días. El cuidado de niños terminará en _____. Usted no recibirá otra notificación cuando se terminen sus servicios de cuidado de niños. Si recibe otra actividad/programa, nosotros le enviaremos una nueva notificación de aprobación para cuidado de niños.

REEMBOLSO DE CUIDADO DE NIÑOS

- Usted ha escogido a un proveedor de cuidado de niños elegible (con licencia/exento de licencia) quien está en el Registro de Personas con Antecedentes Aprobados para el Cuidado de Niños (Trustline) o está exento del Trustline.

El condado puede reembolsarle por los servicios de cuidado de niños solamente por las horas y días que usted asiste a su actividad/programa aprobado de la siguiente manera:

NOMBRE DEL NIÑO:	NOMBRE DEL NIÑO:
NOMBRE DEL PROVEEDOR:	NOMBRE DEL PROVEEDOR:
HORAS DEL CUIDADO DE NIÑOS:	HORAS DEL CUIDADO DE NIÑOS:
TASA:	TASA:
LÍMITE DE REEMBOLSO:	LÍMITE DE REEMBOLSO:
NOMBRE DEL NIÑO:	NOMBRE DEL NIÑO:
NOMBRE DEL PROVEEDOR:	NOMBRE DEL PROVEEDOR:
HORAS DEL CUIDADO DE NIÑOS:	HORAS DEL CUIDADO DE NIÑOS:
TASA:	TASA:
LÍMITE DE REEMBOLSO:	LÍMITE DE REEMBOLSO:

La tasa, la clase, y el límite del reembolso están basados en la información que usted nos proporcionó. La tasa es lo máximo que nosotros podemos reembolsar basándose en lo que su proveedor de cuidado de niños cobra o en el costo de cuidado de niños en su área, la cantidad que sea menor. Usted es responsable de pagar la diferencia que sobrepase esta tasa.

AVISO

Si usted ha elegido a un nuevo proveedor a quien se le requiere que se registre con Trustline, este proveedor no es elegible para recibir reembolso hasta que él/ella esté registrado en Trustline. Los proveedores de cuidado de niños que están exentos de tener licencia pero que se requiere que estén registrados en Trustline tendrán derecho a recibir reembolso retroactivo hasta por 120 días consecutivos a partir de la fecha en que los servicios de cuidado de niños se solicitaron y se proporcionaron, lo que sea más tarde, si el proveedor después se registra en Trustline.

RECUERDE

Usted tiene que avisarnos antes de cambiar a su proveedor de cuidado de niños (excepto en una emergencia) o es posible que nosotros no podamos aprobar el reembolso de su nuevo proveedor por los servicios de cuidado de niños.

Si escoge que el cuidado de niños sea en su hogar (cuidado en el hogar), se considera que usted es el empleador. Esto significa que es responsable de pagar al menos el salario mínimo en el Estado, el impuesto de Seguro Social, impuestos de Medicare (seguro médico federal), y seguro del Estado para compensación por lesiones de trabajo para su proveedor. Es posible que también sea responsable de los impuestos para desempleo.

Si no escoge que el cuidado de niños sea en el hogar de usted, el proveedor es responsable de reportar sus ingresos y pagar los impuestos federales y estatales por ingresos.

Para más información, comuníquese con el programa local de recursos e información acerca del cuidado de niños llamando al (800) 543-7793.

Reglas: Las siguientes reglas, las cuales puede revisar en la oficina de bienestar público, son pertinentes: Secciones 47-260, 47-430, y 47-630 del Manual de Prácticas y Procedimientos (MPP) de CalWORKs; Secciones 8350-8353, y 8357 del Código de Educación; y Secciones 11322.9, 11323.6, 11323.8 y 11324 del Código de Bienestar Público e Instituciones; o visite los sitios web: www.cdss.ca.gov o www.leginfo.ca.gov.

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

CUIDAD 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

CUIDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

*TDD: aparato de telecomunicaciones para las personas sordas