

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.

_____, nuestros expedientes indican que usted no:

- firmó el plan de Welfare-to-Work* en _____.
- participó en _____ en _____.
- progresó de una manera satisfactoria en su actividad de _____ porque _____.
- aceptó un empleo con _____.
- conservó su empleo con _____.
- conservó la misma cantidad de ingresos ganados.

No cambiaremos la cantidad de su pago mensual de asistencia monetaria.

TENEMOS QUE HABLAR CON USTED

Para que usted pueda seguir participando en el Programa de Welfare-to-Work, tenemos que hablar con usted sobre este problema. Se ha programado una cita para usted en _____, a la(s) _____, en _____. Si necesita transporte o cuidado de niños para poder asistir a esta cita, llame a su trabajador de Welfare-to-Work al número de teléfono que se indica a continuación.

Nombre del trabajador de Welfare-to-Work: _____

Número de teléfono: _____

Si usted no puede asistir a esta cita, tiene que llamar a su trabajador para volver a programar la cita. A menos que tenga un motivo justificado, puede cambiar esta cita solamente una vez. También puede llamar para hablar con su trabajador acerca del problema en vez de asistir a la cita. Tiene que llamar a su trabajador a más tardar en _____ para volver a programar la cita o para hacer arreglos sobre cuándo va a hablar por teléfono con él/ella sobre el problema.

Cuando hable con su trabajador, se le preguntará si tuvo un motivo justificado (una "buena razón") para no haber hecho lo que le pedimos que hiciera. Si verificamos que usted tuvo un motivo justificado, no le quitaremos del Programa de Welfare-to-Work debido a este problema. Unos ejemplos de motivos justificados incluyen el no tener cuidado de niños o el no tener transporte. Para ver más ejemplos de motivos justificados, vea el formulario de solicitud para una determinación de motivo justificado, el cual se incluye con esta notificación.

Si no tiene un motivo justificado para no hacer lo que le pedimos que hiciera, puede estar de acuerdo en un plan de cumplimiento para reunir los requisitos de las reglas de Welfare-to-Work. No le quitaremos del Programa de Welfare-to-Work si está de acuerdo con un plan de cumplimiento y luego hace lo que se indique en el plan. Si está de acuerdo con un plan de cumplimiento y luego no hace lo que se indique en el plan, le quitaremos del Programa de Welfare-to-Work. Si esto sucede, recibirá otra notificación por separado.

CÓMO SEGUIR PARTICIPANDO EN EL PROGRAMA DE WELFARE-TO-WORK

A partir de _____, se le quitará a usted del Programa de Welfare-to-Work a menos que nos demuestre que tuvo un motivo justificado para no hacer lo que le pedimos que hiciera. Si no tiene un motivo justificado, usted puede consentir en un plan de cumplimiento para seguir participando en el Programa de Welfare-to-Work. Si no consiente en un plan de cumplimiento, no recibirá otra notificación antes que se le quite a usted del Programa de Welfare-to-Work.

No pagaremos transporte ni gastos relacionados con el empleo o entrenamiento si usted no participa en el Programa de Welfare-to-Work. Es posible que paguemos cuidado de niños si usted trabaja o asiste a la escuela.

CÓMO VOLVER A PARTICIPAR EN EL PROGRAMA DE WELFARE-TO-WORK

Si se le quita a usted del Programa de Welfare-to-Work, es posible que pueda volver a participar en el futuro. Para averiguar cuándo pudiera volver a participar y qué es lo que tiene que hacer, llame al Condado al _____.

¿NECESITA ASESORAMIENTO LEGAL GRATUITO? Puede recibir ayuda gratuita con este problema en:

Oficina local de asesoramiento legal: ()

Organización estatal para la defensa de los derechos relacionados a la asistencia pública: ()

CalFresh: Si el no cumplir los requisitos de Welfare-to-Work también resulta en una sanción relacionada a los beneficios de CalFresh, es posible que usted no pueda obtener los beneficios de CalFresh. Si hay una sanción relacionada a CalFresh, recibirá otra notificación que le indique por cuánto tiempo se suspenderán sus beneficios de CalFresh.

Medi-Cal: Esta notificación NO cambia ni suspende sus beneficios de Medi-Cal (Programa de Asistencia Médica de California). **Conserve sus tarjetas de plástico de identificación de beneficios.**

Reglas: Las siguientes reglas, las cuales puede revisar en la oficina de bienestar público, son pertinentes: Secciones 42-712 (exenciones), 42-713 (motivo justificado), y 42-721 (falta de cumplimiento y motivo justificado) del Manual de Prácticas y Procedimientos (MPP) para el Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños (CalWORKs). Sección 63-407.521 del MPP para el Programa de CalFresh.

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