

NEGACION - ELEGIBILIDAD FINANCIERA

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. En la siguiente página se le explica cómo solicitarla. Es posible que sus beneficios no cambien si usted solicita una audiencia antes que esta acción entre en vigor.

A partir de _____, el Condado negó su solicitud para asistencia monetaria retroactiva.

LA RAZON ES LA SIGUIENTE:

- Entre octubre de 2002 y julio de 2003, se le negó la asistencia monetaria debido a que usted tenía demasiados ingresos. La ley del Estado cambió y aumentó la cantidad de ingresos que los solicitantes pueden tener y ser elegibles para asistencia monetaria. Después de revisar su solicitud usando las cantidades más altas permitidas, sus ingresos todavía son más que el estándar establecido por el Estado para cubrir las necesidades de una familia del tamaño de la suya.
- Usted no solicitó asistencia monetaria entre octubre de 2002 y julio de 2003.
- Se le negó la asistencia monetaria debido a que tenía bienes con un valor por encima de los límites permitidos.
- Se le negó la asistencia monetaria debido a que usted no proporcionó la información o pruebas que se necesitaban para determinar su elegibilidad.
- Se le negó la asistencia monetaria debido a que no había un niño (o niños) elegible viviendo en el hogar.
- Otra:

Total de ingresos ganados de la familia

(Unidad de asistencia + miembros que no son parte de la unidad de asistencia) \$ _____
 Deducción de \$90 por cada persona que trabaja . . . - _____
 Otros ingresos no exentos (unidad de asistencia + miembros que no son parte de la unidad de asistencia) + _____
(A) Ingresos netos contables = _____

Necesidades de la familia

Necesidades básicas para _____ personas
 (Unidad de asistencia + miembros que no son parte de la unidad de asistencia) \$ _____
 Necesidades especiales (unidad de asistencia + miembros que no son parte de la unidad de asistencia) + _____
(B) Necesidades de la familia = _____

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

Reglas: Las siguientes reglas, las cuales puede revisar en la oficina de bienestar público, son pertinentes: MPP 44-207.1

