

NOTICE OF FORM CHANGE NO.

DATE

TO:County Welfare Director
Supply Clerk / Forms Coordinator**FROM:**Forms Management Unit
(916) 657-1907 Community Care Licensing District Offices District Attorney Private and Public Adoption Agencies Other

Listed below is information regarding a form change. Only applicable information is shown.

This notice updates your Department of Social Services County Forms Catalog.

FORM NUMBER AND TITLE

ORDER UNIT	<input type="checkbox"/> Free <input type="checkbox"/> Sold	ESTIMATED PRICE	INITIAL SUPPLY SENT <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> New <input type="checkbox"/> Revised	DATE OF FORM	REPLACES	<input type="checkbox"/> Obsolete
REQUIRED FORM- <input type="checkbox"/> No Change Permitted	REQUIRED FORM- <input type="checkbox"/> Substitute Permitted With Prior DSS Approval	<input type="checkbox"/> Recommended Form	
UNLESS OTHERWISE SPECIFIED STOCK MAINTAINED AT: Department of Social Services Warehouse P.O. Box 980788 West Sacramento, CA 95798-0788		<input type="checkbox"/> OTHER:	

FORMS DISPOSITION AND SPECIAL INSTRUCTIONS

DISPOSITION OF OLD SUPPLY

 Use until exhausted Destroy

USE NEW FORM

 When supply available in DSS Warehouse Use new form effective _____

USE FORM IN ACCORDANCE WITH

 All County Letter No. Other (specify)

ADDITIONAL INFORMATION REGARDING FORM CHANGE

Notice of Action

Refugee Cash Assistance (RCA)/Entrant Cash Assistance (ECA) MC-Decrease/Expiration (Time-Expiration)

If you have questions or want more information about this notice, please contact your worker.

Case Name:
Case Number:
Worker:
Phone:
Date:

Your monthly aid payment received under the Refugee Resettlement Program or Cuban/Haitian Entrant Program will be decreased from \$_____ to \$_____ on the effective date shown below. Your aid payment is based on the number of persons in your household, and the following persons will be discontinued from cash aid and cash-based Medi-Cal effective _____
Persons: _____

		Net Nonexempt Income Computation		Name	Name	Name
Computation Of Monthly Aid Payment		Total Earned Income				
		Disability Unearned Income	-			
		225+ 50% Disregard	-			
		Subtotal	=			
Maximum Aid Payment for _____ Persons	_____	Other Unearned Income _____	+			
Special Needs (Specify) _____	+ _____		+			
	+ _____		+			
Net Nonexempt Income	- _____	• Net Nonexempt Income	=			
Total Grant	= _____					
Overpayment Adjustment (see page _____)	- _____	or				
Monthly Aid Payment	= _____	• Net Nonexempt Income Total (columns 1 + 2 + 3)				

- Your monthly aid payment and cash-based Medi-Cal received under the Refugee Resettlement Program or Cuban/Haitian Entrant Program will be discontinued effective _____.
- You will receive a separate Notice of Medi-Cal-Only eligibility.
- Other Medi-Cal Action: _____

Reason:

These changes are required by Federal regulations which limit refugee/entrant aid payments and cash-based Medi-Cal eligibility to 8 months from the person's month and year of entry into the United States. It has been determined from a review of immigration documents that you or the persons named above will have exceeded this period of eligibility on the effective date shown above.

Laws requiring this action:

Section 412 of the Refugee Act of 1980 (Public Law 96-212) or Section 501 of the Refugee Education Assistance Act of 1980 (Public Law 96-422), as implemented by 45 CFR parts 400 and 401; 45 CFR 205.10; California Administrative Code Title 22, Sections 50183(a)(3) and 50227.

Comments:

You or the persons discontinued may be eligible for further cash aid through other aid programs. Please contact your County Welfare Department for more information. Refugees/Entrants receiving aid payments under the CalWORKs Program are not affected by this notice or the 8-month eligibility time limit.

State welfare regulations are available for review at the local office of the County Welfare Department.

Information about family planning services is available from the County Welfare Department on request.

State Hearing. If you are dissatisfied with this action, your aid may continue unchanged if you ask for a State Hearing before the effective date of the action. Read the back for important information about your right to appeal this action.

YOUR HEARING RIGHTS

You have the right to ask for a hearing if you disagree with any county action. You have only 90 days to ask for a hearing. The 90 days started the day after the county gave or mailed you this notice.

If you ask for a hearing before an action on Cash Aid, Medi-Cal, Food Stamps, or Child Care takes place:

- Your Cash Aid or Medi-Cal will stay the same while you wait for a hearing.
- Your Child Care Services may stay the same while you wait for a hearing.
- Your Food Stamps will stay the same until the hearing or the end of your certification period, whichever is earlier.

If the hearing decision says we are right, you will owe us for any extra Cash Aid, Food Stamps or Child Care Services you got.

To let us lower or stop your benefits before the hearing, check below:

Yes, lower or stop: Cash Aid Food Stamps Child Care

While You Wait for a Hearing Decision for:

Welfare to Work:

You do not have to take part in the activities.

You may receive child care payments for employment and for activities approved by the county before this notice.

If we told you your other supportive services payments will stop, you will not get any more payments, even if you go to your activity.

If we told you we will pay your other supportive services, they will be paid in the amount and in the way we told you in this notice.

- To get those supportive services, you must go to the activity the county told you to attend.
- If the amount of supportive services the county pays while you wait for a hearing decision is not enough to allow you to participate, you can stop going to the activity.

Cal-Learn:

- You cannot participate in the Cal-Learn Program if we told you we cannot serve you.
- We will only pay for Cal-Learn supportive services for an approved activity.

OTHER INFORMATION

Medi-Cal Managed Care Plan Members: The action on this notice may stop you from getting services from your managed care health plan. You may wish to contact your health plan membership services if you have questions.

Child and/or Medical Support: The local child support agency will help collect support at no cost even if you are not on cash aid. If they now collect support for you, they will keep doing so unless you tell them in writing to stop. They will send you current support money collected but will keep past due money collected that is owed to the county.

Family Planning: Your welfare office will give you information when you ask for it.

Hearing File: If you ask for a hearing, the State Hearing Division will set up a file. You have the right to see this file before your hearing and to get a copy of the county's written position on your case at least two days before the hearing. The state may give your hearing file to the Welfare Department and the U.S. Departments of Health and Human Services and Agriculture. **(W&I Code Sections 10850 and 10950.)**

TO ASK FOR A HEARING:

- Fill out this page.
- Make a copy of the front and back of this page for your records. If you ask, your worker will get you a copy of this page.
- Send or take this page to:

OR

- Call toll free: 1-800-952-5253 or for hearing or speech impaired who use TDD, 1-800-952-8349.

To Get Help: You can ask about your hearing rights or for a legal aid referral at the toll-free state phone numbers listed above. You may get free legal help at your local legal aid or welfare rights office.

If you do not want to go to the hearing alone, you can bring a friend or someone with you.

HEARING REQUEST

I want a hearing due to an action by the Welfare Department of _____ County about my:

Cash Aid Food Stamps Medi-Cal

Other (list) _____

Here's Why: _____

If you need more space, check here and add a page.

I need the state to provide me with an interpreter at no cost to me. (A relative or friend cannot interpret for you at the hearing.)

My language or dialect is: _____

NAME OF PERSON WHOSE BENEFITS WERE DENIED, CHANGED OR STOPPED

BIRTH DATE

PHONE NUMBER

STREET ADDRESS

CITY

STATE

ZIP CODE

SIGNATURE

DATE

NAME OF PERSON COMPLETING THIS FORM

PHONE NUMBER

I want the person named below to represent me at this hearing. I give my permission for this person to see my records or go to the hearing for me. (This person can be a friend or relative but cannot interpret for you.)

NAME

PHONE NUMBER

STREET ADDRESS

CITY

STATE

ZIP CODE

Notificación de Acción

Reducción/Descontinuación de beneficios por vencimiento del período de elegibilidad para Asistencia Monetaria para Refugiados (RCA)/Asistencia Monetaria para Entrantes (ECA) y el Programa de Asistencia Médica de California (Medi-Cal) basado en asistencia monetaria

Si usted tiene preguntas o desea más información acerca de esta notificación, por favor, comuníquese con su trabajador.

Nombre del caso:
 Número del caso:
 Trabajador:
 Teléfono:
 Fecha:

Su pago mensual de asistencia proveniente del Programa para Volver a Establecer a Refugiados o del Programa de Entrantes Cubanos/Haitianos se reducirá de \$_____ a \$_____ a partir de la fecha que aparece abajo. Su pago de asistencia está basado en el número de personas en su hogar, y a las siguientes personas se les discontinuará la asistencia monetaria y el Medi-Cal basado en asistencia monetaria a partir de_____. Personas:_____

Cálculo del pago mensual de asistencia		Cálculo de los ingresos netos no exentos		Nombre	Nombre	Nombre
Pago máximo de asistencia para _____ personas	_____	Total de ingresos ganados				
Necesidades especiales (Especifique) _____ +	_____	Ingresos por incapacidad no ganados	-			
	_____	Deducción de 225 + 50%	-			
Ingresos netos no exentos	_____ +	Subtotal	=			
Total del pago mensual	_____ =	Otros ingresos no ganados _____ +				
Ajuste por pago excesivo (vea la página _____) -	_____					
Pago mensual de asistencia	_____ =	• Ingresos netos no exentos	=			
		• Total de ingresos netos no exentos (Total de las columnas 1 + 2 + 3)				

- Su pago mensual de asistencia y su Medi-Cal basado en asistencia monetaria proveniente del Programa para Volver a Establecer a Refugiados o del Programa de Entrantes Cubanos/Haitianos se discontinuará a partir de _____.
- Usted recibirá por separado una notificación de elegibilidad para Medi-Cal-Solamente.
- Otra acción respecto a Medi-Cal: _____

Razón:
 Estos cambios se requieren por ordenamientos federales que limitan los pagos de asistencia a refugiados/entrantes, así como la elegibilidad para Medi-Cal basado en asistencia monetaria, a 8 meses a partir del mes y año de entrada de la persona a los Estados Unidos. Se ha determinado, por medio de una revisión de documentos de inmigración, que usted o las personas indicadas arriba habrán excedido este período de elegibilidad en la fecha efectiva que aparece arriba.

Leyes que requieren esta acción:
 La Sección 412 del Decreto de Refugiados de 1980 (Ley Pública 96-212) o la Sección 501 del Decreto de Asistencia Educacional para Refugiados de 1980 (Ley Pública 96-422), de la manera puesta en vigor por las partes 400 y 401 del CFR 45; 205.10 del CFR 45; Secciones 50183(a)(3) y 50227 del Título 22 del Código Administrativo de California.

Comentarios:
 Es posible que usted o las personas discontinuadas reúnan los requisitos para más asistencia monetaria a través de otros programas de asistencia. Para más información, por favor, comuníquese con el departamento de bienestar público del condado. Los refugiados/entrantes que reciben pagos de asistencia bajo el Programa de CalWORKs no son afectados por esta notificación ni por el límite de elegibilidad de 8 meses.
 Los ordenamientos de bienestar público del estado están disponibles para revisión en la oficina local del departamento de bienestar público del condado.
 Hay información disponible respecto a los servicios de planificación familiar en el departamento de bienestar público del condado si usted la pide.

Audiencia con el Estado. Si usted no está satisfecho con esta acción, es posible que su asistencia continúe sin cambio si pide una audiencia con el Estado antes de que la acción entre en vigor. Lea la siguiente página para más información importante sobre su derecho a apelar esta acción.

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 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), estampillas para comida, 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 estampillas para comida 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, estampillas para comida o servicios de cuidado de niños que haya recibido de más. Para que reduzcamos o paremos sus beneficios antes de la audiencia, marque a continuación: Sí, reduzcan o paren:

Asist. monetaria Estamp. para comida 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 pararían, 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 pague 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 INFORMACION

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 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&I].**)

PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA:

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

PETICION 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 Estampillas para comida Medi-Cal

Otro (anote) _____

La razón es la siguiente: _____

Si necesita más espacio, marque aquí y adjunte otra hoja.

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 PARARON LOS BENEFICIOS

FECHA DE NACIMIENTO NUMERO DE TELEFONO

DIRECCION: CALLE

CUIDAD ESTADO CODIGO POSTAL

FIRMA FECHA

NOMBRE DE LA PERSONA QUE COMPLETA ESTE FORMULARIO NUMERO DE TELEFONO

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 NUMERO DE TELEFONO

DIRECCION: CALLE

CUIDAD ESTADO CODIGO POSTAL