

NOTICE OF FORM CHANGE NO. 03-209

DATE

12-10-2003

TO:
County Welfare Director
Supply Clerk / Forms Coordinator

FROM:
Forms Management Unit
(916) 657-1907

- Community Care Licensing District Offices
 Private and Public Adoption Agencies

- District Attorney
 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 **DFA 377.4 (9/03) English and Spanish
Food Stamp Notice of Change**

ORDER UNIT MASTER ONLY	<input checked="" type="checkbox"/> Free <input type="checkbox"/> Sold	ESTIMATED PRICE	INITIAL SUPPLY SENT <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> New <input checked="" type="checkbox"/> Revised	DATE OF FORM 9/03	REPLACES 4/01	<input type="checkbox"/> Obsolete
REQUIRED FORM- <input checked="" 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

Attached is a Reproducible Copy

Due to low usage form is Master Only.

Print form: 8 1/2 x 11, 2-part carbon interleaved, NA BACK 9.

Check on the internet to see if forms are available at www.dss.cahwnet.gov

For camera-ready copies of English and Spanish forms, please call the Forms Management Unit (FMU) at (916) 657-1907, or by electronic mail at: fmudss@dss.ca.gov. Contact Language Services for other languages at (916) 445-6778 or by electronic mail at LTS@dss.ca.gov.

COUNTY OF _____

FOOD STAMP NOTICE OF CHANGE

Notice Date : _____
Case Name : _____
Number : _____
Worker Name : _____
Number : _____
Telephone : _____
Address : _____

(ADDRESSEE)

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

State Hearing: You can ask for a hearing if you believe the action is wrong. The back of this page tells how to ask for a hearing. If you already had a hearing on the cause of the overissuance that is being collected, you cannot ask for a new hearing, unless you think the new amount of food stamps you are getting because of the overissuance collection is incorrect.

CHANGE IN BENEFITS

Effective _____, your food stamp benefits are changed from \$ _____ to \$ _____ each month because:

PROPOSED CHANGE IN BENEFITS

Effective _____, your food stamp benefits may be reduced or terminated because information needed to determine your continued eligibility or the correct amount of your benefits was not received with your Change Report (DFA 377.5). We must receive the following information by no later than the first day of next month:

If verification of an expense is requested and you do not provide it, the expense will not be allowed when computing next month's benefits. Also, if you do not provide other requested information, your benefits may be reduced or terminated.

NO CHANGE IN BENEFITS

Your food stamp benefits did not change as a result of the document(s)/information we received because:

You have already been told about an overissuance of food stamps and you are getting less food stamps because the County has been reducing your monthly allotment by 10% or \$10 (whichever is more) to pay back the food stamps that you got and should not have. It has been decided in court or by a state hearing or because you signed a Disqualification Consent Agreement or an Administrative Disqualification Hearing Waiver that this overissuance is an Intentional Program Violation (IPV). Now your monthly allotment is being changed because the County can begin reducing your allotment by 20% or \$10 (whichever is more). If there are any other changes to your monthly food stamp allotment, this form will tell you.

SUSPENSION

Effective _____, your food stamp benefits are suspended because:

You will not receive any food stamp benefits for _____.

During this period of suspension, you must continue to report your changes so we can determine if you will be eligible for benefits the month after the month of suspension. If you do not report your changes during your suspension, your food stamp participation will be terminated.

TERMINATION

Effective _____, your food stamp benefits are terminated because:

Based on the reason your benefits are terminated, your household is also disqualified from participating in the Food Stamp Program until _____. You may reapply for benefits at the end of this disqualification period.

Comments:

Rules: These rules apply to the above action(s):

You may review them at your welfare office.

CONDADO DE _____

NOTIFICACION DE CAMBIO RELACIONADO A LAS ESTAMPILLAS PARA COMIDA

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

(ADDRESSEE)

Si tiene alguna pregunta o quiere más información acerca de esta acción, por favor comuníquese con su trabajador.

Audiencia con el Estado: Si cree que esta acción está equivocada, puede solicitar una audiencia. En la siguiente página se le explica cómo solicitarla. Si ya tuvo una audiencia acerca del motivo de la emisión excesiva que se está cobrando, no puede pedir otra audiencia, a menos que usted crea que es incorrecta la cantidad nueva de estampillas para comida que recibirá debido al cobro de la emisión excesiva.

CAMBIO EN LOS BENEFICIOS

A partir de _____, sus beneficios de estampillas para comida cambiarán de \$ _____ a \$ _____ cada mes porque:

CAMBIO PROPUESTO EN LOS BENEFICIOS

A partir de _____, es posible que sus beneficios de estampillas para comida se reduzcan o terminen debido a que no se recibió con su "Reporte sobre cambios en el grupo para fines de estampillas para comida (DFA 377.5)" la información necesaria para determinar si sigue siendo elegible para los beneficios o para determinar la cantidad correcta de sus beneficios. Tenemos que recibir la siguiente información a más tardar el primer día del próximo mes:

Si se le pide verificación de un gasto y usted no la proporciona, no se permitirá que se incluya este gasto en el cálculo para los beneficios del próximo mes. Además, si no proporciona otra información que se le pida, es posible que sus beneficios se reduzcan o terminen.

NO HAY CAMBIO EN LOS BENEFICIOS

Sus beneficios de estampillas para comida no han cambiado debido a los documentos/información que recibimos porque:

Reglas: Estas reglas son pertinentes a la acción (o acciones) mencionada anteriormente:

Puede revisarlas en la oficina de bienestar público.

Ya se le informó acerca de una emisión excesiva de estampillas para comida y está recibiendo menos estampillas para comida debido a que el Condado redujo su asignación mensual un 10% o \$10 dólares (la cantidad que sea mayor) para reembolsar las estampillas para comida que usted recibió pero no debió haber recibido. Se decidió en una corte o en una audiencia administrativa con el Estado, o porque usted firmó un acuerdo de consentimiento a descalificación o una renuncia a una audiencia administrativa de descalificación, que esta emisión excesiva fue el resultado de una violación intencional del programa (IPV). Ahora cambiará su asignación mensual porque el Condado puede comenzar a reducir su asignación un 20% o \$10 dólares (la cantidad que sea mayor). Este formulario le indicará si hay algún otro cambio en su asignación mensual de estampillas para comida.

SUSPENSION

A partir de _____, sus beneficios de estampillas para comida se suspenderán porque:

No recibirá beneficios de estampillas para comida para _____.

Durante este período de suspensión, usted tiene que seguir reportando cambios para que podamos determinar si tendrá derecho a recibir beneficios el mes siguiente al último mes de la suspensión. Si no reporta sus cambios durante el período de suspensión, se terminará su participación en el Programa de Estampillas para Comida.

TERMINACION

A partir de _____, sus beneficios de estampillas para comida se descontinuarán porque:

Basándose en el motivo por el cual se descontinuarán sus beneficios, su grupo para fines de estampillas para comida también es descalificado para participar en el Programa de Estampillas para Comida hasta _____. Usted puede presentar una nueva solicitud para beneficios al final de este período de descalificación.

Comentarios: