

**NOTICE OF FORM CHANGE NO. 04-072**

DATE

03/03/2004

**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 377.7B (12/03) English and Spanish  
Food Stamp Repayment Notice For Inadvertent Household Errors Only**

ORDER UNIT <b>MASTER ONLY</b>	<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 12/03	REPLACES 11/03	<input type="checkbox"/> Obsolete

REQUIRED FORM-

 No Change Permitted

REQUIRED FORM-

 Substitute Permitted With Prior DSS Approval Recommended Form

UNLESS OTHERWISE SPECIFIED STOCK MAINTAINED AT:

**Department of Social Services Warehouse  
P.O. Box 980788  
West Sacramento, CA 95798-0788**

 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 when feasible

USE FORM IN ACCORDANCE WITH

 All County Letter No. Other (specify)

ADDITIONAL INFORMATION REGARDING FORM CHANGE

Attached is a Reproducible Copy

Print Form: 8 1/2 x 11, 2 sided, NA BACK 9.

Check on the internet to see if forms are available at [www.dss.cahwnet.gov](http://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](mailto:fmudss@dss.ca.gov). Contact Language Services for other languages at (916) 445-6778 or by electronic mail at [LTS@dss.ca.gov](mailto:LTS@dss.ca.gov).

COUNTY OF \_\_\_\_\_

# FOOD STAMP REPAYMENT NOTICE FOR INADVERTENT HOUSEHOLD ERRORS ONLY

Notice Date : \_\_\_\_\_  
Case Name : \_\_\_\_\_  
Number : \_\_\_\_\_  
Worker Name : \_\_\_\_\_  
Number : \_\_\_\_\_  
Telephone : \_\_\_\_\_  
Address : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(ADDRESSEE)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Questions? Ask your Worker.

**State Hearing:** If you think this action is wrong, you can ask for a hearing unless you already had a hearing on the amount you owe. The back of this page tells how. Your benefits may not be changed if you ask for a hearing before this action takes place.

Your household made a mistake.

Too many food stamps were issued to:

- the household.
- the household, whom you sponsored.

Here's why:

The household received \$ \_\_\_\_\_ in food stamps.

The household should have received \$ \_\_\_\_\_ in food stamps. \$ \_\_\_\_\_ (extra food stamps) is what you received minus what you should have received.

You must repay the extra food stamps.

\_\_\_\_\_ in extra food stamps were issued for the period \_\_\_\_\_ . This amount was reduced by \$ \_\_\_\_\_ because we owed the household benefits from past months or we received repayment of part of the amount owed. You now owe \$ \_\_\_\_\_.

- You do not have to use any SSI benefits you get to repay this overissuance.
- You may ask for a hearing if you feel you received extra food stamps because the County Welfare Department made a mistake.
- Federal regulations require us to have a rule to forgive any part of your claim if we believe you are unable to repay the claim. We only forgive any part of a claim where the county has made a mistake.

If the ALJ determines the County Welfare Department made a mistake in issuing extra food stamps to you, the county will collect by reducing your monthly food stamp allotment by 5% or \$10.00 whichever is greater, for no more than a total of 36 months. At the end of that period any balance remaining on the overissuance will be forgiven and will not be collected.

- Collection will be from all adults in the household when the overissuance occurred.

## YOU MUST EITHER:

Pay for the extra food stamps in full, or complete, sign and return the enclosed Repayment Agreement (DFA 377.7C) form and pay as agreed.

## PROGRAM ACTIONS:

- Your repayment agreement will be based on your current ability to pay as figured by the county. Any changes in your ability to pay may change your monthly payments.
- If you do not sign and return the agreement within 30 days after the date of this notice, the amount of food stamps you get will be reduced by \_\_\_\_\_ % beginning \_\_\_\_\_.
- If you do not repay, the county may use other ways of collecting the amount owed, such as through the courts, other collection agency methods and by a federal government collection action.
- If this inadvertent household error is later found to be an Intentional Program Violation, penalties will apply even if you agree to repay what you owe.
- If the claim becomes delinquent or the household is sued, you may be subject to additional processing charges or court costs.
- If you do not repay the amount owed, the county may take your state/federal income tax refund and/or ask the court to attach your wages or any property you own.

**Warning:** If you believe this overissuance is wrong, this is your last chance to ask for a hearing. If you stay on food stamps, the county can lower your food stamps to collect the overissuance. If you go off food stamps before the overissuance is paid back, the county may take what you owe out of your income tax refund.

**Rules:** These rules apply: MPP 63-801.21, Lomeli v. Saenz and Duarte v. Saenz.

You may review them at your welfare office.

## 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

# NOTIFICACION DE REEMBOLSO DE ESTAMPILLAS PARA COMIDA SOLAMENTE POR ERRORES NO INTENCIONALES DEL GRUPO PARA FINES DE ESTAMPILLAS PARA COMIDA

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 a menos que ya haya tenido una audiencia sobre la cantidad que debe. En la siguiente página se le explica cómo hacerlo. Es posible que sus beneficios no cambien si usted solicita una audiencia antes que esta acción entre en vigor.

Su grupo para fines de estampillas para comida (de aquí en adelante llamado "grupo") cometió un error.

Se le emitió una cantidad excesiva de estampillas para comida a:

- su grupo.
- el grupo, al cual usted patrocinó.

La razón es la siguiente:

El grupo recibió la cantidad de \$ \_\_\_\_\_ en estampillas para comida.

El grupo tenía que haber recibido \$ \_\_\_\_\_ en estampillas para comida. Usted recibió \$ \_\_\_\_\_ (estampillas extras) menos lo que tenía que haber recibido.

Tiene que reembolsar las estampillas para comida extras. Se le emitieron \$ \_\_\_\_\_ en estampillas para comida extras para el período de \_\_\_\_\_. Se redujo esta cantidad \$ \_\_\_\_\_ porque le debíamos beneficios al grupo correspondientes a meses anteriores o recibimos un reembolso parcial de la cantidad que se debía. Ahora debe \$ \_\_\_\_\_.

- No tiene que usar beneficios que recibe del Programa de Ingresos Suplementales de Seguridad (SSI) para reembolsar esta emisión excesiva.
- Ud. puede pedir una audiencia si cree que recibió las estampillas para comida extras porque el departamento de bienestar público del condado cometió un error.
- Los reglamentos federales requieren que nosotros tengamos una regla para perdonar una parte de su deuda si creemos que usted no puede reembolsar lo que debe. Nosotros solamente perdonamos la parte de la deuda donde el Condado cometió un error.

Si el juez de leyes administrativas determina que el departamento de bienestar público del condado cometió un error en emitir las estampillas para comida extras, el condado lo cobrará reduciendo su cantidad mensual de estampillas un 5% o \$10.00, lo que sea mayor, por un máximo de 36 meses. Después de ese período, cualquier saldo que quede se perdonará y no será cobrado.

- Se cobrará a todas las personas adultas que formaban parte del grupo cuando ocurrió la emisión excesiva.

## USTED TIENE QUE:

Pagar por completo la emisión excesiva de estampillas para comida o completar, firmar y devolver el "Convenio de reembolso" (DFA 377.7C) que se adjunta y pagar en la forma acordada.

## ACCIONES DEL PROGRAMA:

- Se basará su convenio de reembolso en su capacidad actual para pagar según la calcule el condado. Cualquier cambio en su capacidad para pagar pudiera cambiar sus pagos mensuales.
- Si usted no firma y devuelve el convenio antes de que pasen 30 días a partir de la fecha de esta notificación, la cantidad de estampillas para comida que usted recibe será reducida \_\_\_\_\_ % comenzando en \_\_\_\_\_.
- Si usted no paga, es posible que el condado utilice otros medios para cobrar la cantidad que usted debe, como por medio de la corte, otros métodos de agencias de cobros y por una acción de cobros del gobierno federal.
- Si más tarde se determina que este error involuntario del grupo es una violación intencional del programa, se aplicarán las sanciones aun cuando usted esté de acuerdo en reembolsar lo que debe.
- Si el reclamo se atrasa o el condado presenta una demanda en contra del grupo debido a la cantidad que se tiene que reembolsar, es posible que se requiera que usted pague los costos adicionales del trámite o de la corte.
- Si usted no paga la cantidad que debe, el condado puede interceptar su devolución estatal de impuestos sobre los ingresos y/o hacer una petición a la corte para embargar su sueldo o cualquier otra clase de propiedad que usted posea.

**Advertencia:** Esta es su última oportunidad para solicitar una audiencia si usted cree que esta emisión excesiva está equivocada. Si continúa recibiendo estampillas para comida, el condado puede reducir su cantidad de estampillas para comida para cobrar la emisión excesiva. Si deja de recibir estampillas para comida antes de que se reembolse la emisión excesiva, es posible que el condado tome la cantidad que usted debe de su devolución de impuestos sobre los ingresos.

**Reglas:** Las siguientes reglas, las cuales puede revisar en la oficina de bienestar público, son pertinentes: MPP 63-801.21, Lomeli v. Saenz y Duarte v. Saenz.

## 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