NOTICE OF FORM CHANGE NO. 04-182

DATE: 06-29-2004

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: NA 960Y QR (4/04) English and Spanish
Notice of Action - Stop Aid; Report Incomplete

ORDER UNIT		ESTIMATED PRICE	INITIAL SUPPLY SENT
MASTER ONLY	☒ Free ☐ Sold		☐ Yes ☒ No
☒ New ☐ Revised	DATE OF FORM: 4/04	REPLACES	☐ 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 _____

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, two sided, 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.

NOTICE OF ACTION

COUNTY OF

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

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. The back of this page tells how. Your benefits may not be changed if you ask for a hearing before this action takes place.

As of _____, the County is stopping your:

- ☐ Cash Aid
- ☐ Food Stamps

Here's why:

The quarterly report (QR 7) that we got from you this quarter is not complete.

TO STOP THIS ACTION, the County must RECEIVE your COMPLETE report by the FIRST WORKING DAY OF NEXT MONTH. You must send or bring in the following information:

- ☐ Complete the circled items on the enclosed report, and send or bring it to your worker.
- ☐ Send or bring to your worker the following:

The information you give us may change or stop your cash aid.

YOU MUST RETURN THE ENCLOSED QR 7 IF YOU WANT TO CONTINUE TO GET CalWORKs CASH AID.

You and your family may still continue to get Medi-Cal if your cash aid stops and:

- you have earnings from a job, a business you started or a pay raise.
- you have started to receive or had an increase in child/spousal support payments.

Medi-Cal: This notice DOES NOT change or stop Medi-Cal Benefits. If there is a change in your Medi-Cal benefits, you will receive another notice. **Keep using your plastic Benefits Identification Card(s)**.

Rules: These rules apply. You may review them at your welfare office - Cash Aid: MPP 40-105.1, 40-181.22, 40-181.24, 44-315.8. Food Stamps: 63-504.3, 63-504.27,

☐ **Food Stamps – Additional Information Needed**

In addition, you must give the county the following information so the amount of your food stamps can be figured. You must get this information to the county by the first working day of next month. If you were asked for proof of an expense and you do not give it, the expense will not be allowed. Also, if you do not give the County other information asked for, your food stamps may be decreased or stopped.

You must report any new household members and their social security numbers. If you have already reported a new member but not their social security number, it must be reported now.

If you need help in completing the quarterly report, the County will help you to do so. Please contact the County and ask for help.

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 <u>before</u> 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:

<u>Welfare to Work</u>:

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.

<u>Cal-Learn</u>:

- 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 <u>can be</u> a friend or relative but cannot interpret for you.)**

NAME | PHONE NUMBER

STREET ADDRESS

CITY | STATE | ZIP CODE

NOTIFICACION DE ACCION

CONDADO DE

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

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 de que esta acción entre en vigor.

A partir de _____, el Condado descontinuará su(s):

- ☐ asistencia monetaria
- ☐ estampillas para comida

La razón es la siguiente:

El reporte trimestral (QR 7) que recibimos de usted este trimestre no está completo.

PARA QUE ESTA ACCION NO SE LLEVE A CABO, el Condado tiene que RECIBIR su reporte COMPLETO a más tardar el PRIMER DIA HABIL DEL PROXIMO MES. Tiene que enviar o traer la siguiente información:

- ☐ Complete las secciones que están marcadas con un círculo en el reporte que se adjunta y envíelo o llévelo a su trabajador.
- ☐ Envíe o lleve lo siguiente a su trabajador:

Es posible que la información que usted nos proporcione cambie o descontinúe su asistencia monetaria.

USTED TIENE QUE DEVOLVER EL QR 7 QUE ESTA ADJUNTO SI QUIERE CONTINUAR RECIBIENDO ASISTENCIA MONETARIA PROVENIENTE DE CalWORKs (Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños).

Es posible que usted y su familia todavía continúen recibiendo beneficios de Medi-Cal si se descontinúa su asistencia monetaria y:

- Usted tiene ingresos ganados de un trabajo, de un negocio que haya empezado, o de un aumento en el salario.
- Usted ha empezado a recibir pagos de mantenimiento de hijos/esposa(o), o si ha recibido un aumento en tales pagos.

Medi-Cal: Esta notificación NO cambia ni suspende sus beneficios de Medi-Cal (Programa de Asistencia Médica de California). Si hay un cambio en sus beneficios de Medi-Cal, usted recibirá otra notificación. **Continúe usando su(s) tarjeta(s) de plástico de identificación de beneficios.**

Reglas: Las siguientes reglas, las cuales puede revisar en la oficina de bienestar público, son pertinentes - asistencia monetaria: Manual de Prácticas y Procedimientos (MPP) 40-105.1, 40-181.22, 40-181.24, 44-315.8; estampillas para comida: 63-504.27, 63-504.3

☐ **Estampillas para comida – información adicional que se necesita**

Usted también tiene que darle al Condado la siguiente información para que se pueda calcular la cantidad de sus estampillas para comida. Tiene que darle esta información al Condado a más tardar el primer día hábil del próximo mes. Si se le pidió pruebas de algún gasto y no las da, no se le aprobará ese gasto. Además, si usted no le da al Condado otra información que se le pida, es posible que se reduzcan o descontinúen sus estampillas para comida.

Usted tiene que informarnos acerca de todos los nuevos miembros de su grupo para fines de estampillas para comida, así como el número de Seguro Social de ellos. Si usted ya nos ha informado acerca de un nuevo miembro, pero no nos ha dado su número de Seguro Social, tiene que hacerlo ahora.

Si necesita ayuda para completar el reporte trimestral, el Condado le ayudará a hacerlo. Por favor, comuníquese con el Condado y pida ayuda.

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 <u>antes</u> 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:

<u>Programa para la Transición de la Asistencia Pública al Trabajo *(Welfare to Work)*</u>:

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.

<u>Cal-Learn (un programa de California para la educación de los padres adolescentes que reciben asistencia monetaria)</u>:

- 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 membrecía 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

CIUDAD | 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 <u>puede</u> ser un amigo o familiar, pero no puede actuar como su intérprete.)**

NOMBRE | NUMERO DE TELEFONO

DIRECCION: CALLE

CIUDAD | ESTADO | CODIGO POSTAL

*TDD: aparato de telecomunicaciones para las personas sordas