

NOTICE OF FORM CHANGE NO. 04-303

DATE

11-05-2004

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 377.11A (9/04) English and Spanish
Food Stamp Notice of Discontinuance**

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 9/04	REPLACES 11/00	<input type="checkbox"/> Obsolete
REQUIRED FORM- <input type="checkbox"/> No Change Permitted	REQUIRED FORM- <input checked="" 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 9/04

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

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.

FOOD STAMP NOTICE OF DISCONTINUANCE

COUNTY OF _____

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

(Three Consecutive Months For ABAWDs/Non-Assistance CFAP Recipients)

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.

Starting _____ (DATE) _____, you will get food stamps from _____ (DATE) through _____ (DATE).

You can get food stamps if you meet the Able-Bodied Adult Without Dependents (ABAWD) work rule, become excused from the rule (See list of excuses in next column) or have a temporary reason for not meeting the rule.

REASON YOU MAY GET FOOD STAMPS ONLY FOR THREE MONTHS IN A ROW

- Your food stamps were stopped once before because you did not meet the ABAWD work rule for three months.
- The Food Stamp Program allows you to get food stamps for another three months without meeting the ABAWD/California Food Assistance Program (CFAP) work rule under certain conditions.
- If you get a food stamp penalty, you will not be eligible for food stamps until the penalty period is over.

HOW TO KEEP GETTING FOOD STAMPS WHEN THE THREE MONTHS IN A ROW STOPS

- When the three months stops, you can keep getting food stamps if you meet the ABAWD or non-assistance CFAP work rules.
- After the three months you may apply at any time if you become excused from the work rule or after _____ (DATE), when your 36-month calendar is over.

ABAWD/CFAP WORK RULE

For at least 20 hours per week, you must either;

- Work,
- Go to school or training,
- Go to a combination of school, training and work, or
- Go to workfare for the number of hours the county determines.

36-MONTH CALENDAR PERIOD

- During a 36-month period you can only get food stamps for three months unless you meet the ABAWD work rule.
- You can get food stamps for a second three months without meeting the ABAWD work rule if you meet certain conditions.
- When the three months start, it cannot be stopped until time runs out or your 36-month calendar ends.

TO BE EXCUSED FROM THE WORK RULES, YOU MUST BE

- Under 18 or 50 years of age or older.
- Physically or mentally unfit for employment.
- Meeting the CalWORKs Welfare-to-Work rules.
- Caring for a child under six or an injured or sick person.
- Participating in an alcohol or drug treatment program that keeps you from working 30 hours or more a week.
- Getting or have applied for Unemployment Insurance benefits.
- Employed or self-employed at least 30 hours per week or receiving weekly earnings at least equal to the federal minimum wage multiplied by 30 hours.
- Going to school at least half-time.
- Pregnant.
- Living in a food stamp household that contains a minor child even if the minor child is not eligible for food stamps.

RULES: These rules apply. You may review them at your welfare office.

MPP Section 63-410; Other _____.

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

CONDADO DE _____

NOTIFICACION DE DESCONTINUACION DE ESTAMPILLAS PARA COMIDA

(Tres meses consecutivos para adultos con la capacidad de trabajar y sin personas bajo su cuidado [ABAWD]/beneficiarios del Programa de California para la Asistencia Alimentaria [CFAP] que no reciben asistencia)

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.

Comenzando _____, usted recibirá estampillas para comida de _____
(FECHA) a _____
(FECHA) (FECHA)

Usted puede recibir estampillas para comida si cumple con la regla de trabajo para adultos con la capacidad de trabajar y sin personas bajo su cuidado (ABAWD), si está exento de la regla (vea la lista de motivos en la siguiente columna), o tiene un motivo temporal para no cumplir con la regla.

MOTIVO POR EL CUAL PUEDE RECIBIR ESTAMPILLAS PARA COMIDA SOLAMENTE POR TRES MESES CONSECUTIVOS

- Anteriormente, sus estampillas para comida se descontinuaron una vez debido a que durante tres meses usted no cumplió la regla de trabajo para los ABAWD.
- El Programa de Estampillas para Comida permite que bajo ciertas condiciones usted reciba estampillas para comida por otros tres meses sin que cumpla con la regla de trabajo para los ABAWD/Programa de California para la Asistencia Alimentaria (CFAP).
- Si recibe una sanción relacionada a las estampillas para comida, no será elegible para estampillas para comida hasta que termine el período de la sanción.

COMO CONTINUAR RECIBIENDO ESTAMPILLAS PARA COMIDA CUANDO SE TERMINEN LOS TRES MESES CONSECUTIVOS

- Cuando se terminen los tres meses consecutivos, usted puede continuar recibiendo estampillas para comida si cumple las reglas de trabajo para los ABAWD o los beneficiarios del CFAP que no reciben asistencia.
- Después de los tres meses, usted puede poner una solicitud en cualquier momento que esté exento de la regla de trabajo o después de _____, cuando termina su período de 36 meses.
(FECHA)

REGLA DE TRABAJO PARA LOS ABAWD/BENEFICIARIOS DE CFAP

Al menos 20 horas por semana, usted tiene que hacer uno de los siguientes:

- Trabajar
- Ir a la escuela o entrenamiento,
- Asistir a una combinación de escuela, entrenamiento y trabajo, o
- Participar en un plan para recibir beneficios a cambio de trabajo (*workfare*) durante el número de horas que determine el condado.

PERIODO DE 36 MESES

- Durante un período de 36 meses, usted solamente puede recibir estampillas para comida por tres meses si cumple con la regla de trabajo para los ABAWD.
- Solamente bajo ciertas condiciones, usted podrá recibir estampillas para comida por otros tres meses sin cumplir con la regla de trabajo para los ABAWD.
- Cuando empieza el período de tres meses, éste no se puede parar hasta que se termine el tiempo o hasta que termine su período de 36 meses.

PARA ESTAR EXENTO DE LAS REGLAS DE TRABAJO, USTED TIENE QUE

- Tener menos de 18 años de edad o tener 50 años o más;
- No poder trabajar debido a su situación física o mental;
- Estar cumpliendo las reglas de trabajo de *Welfare to Work* (Programa para la Transición de la Asistencia Pública al Trabajo) de CalWORKs (Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños);
- Estar cuidando a un niño menor de seis años o a una persona lesionada o enferma;
- Estar participando en un programa de tratamiento para el alcohol o drogas y esto no le permite trabajar 30 horas o más por semana;
- Estar recibiendo, o haber solicitado, beneficios del seguro contra desempleo;
- Estar empleado, o tener un empleo por cuenta propia que dura 30 horas por semana o recibe ingresos ganados semanales que son al menos iguales al salario mínimo federal multiplicado por 30 horas;
- Estar yendo a la escuela al menos medio tiempo;
- Estar embarazada; o
- Estar viviendo en un grupo para fines de estampillas para comida que tiene a un niño menor de edad, aun si el niño no es elegible para estampillas para comida.

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

MPP Sección 63-410; Otra _____ .

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