

NOTICE OF FORM CHANGE NO. 04-304

DATE

11-15-2004

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 377.11 (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 3/97	<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.

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 DESCONTINUACION DE ESTAMPILLAS PARA COMIDA (Falta de cumplimiento de la regla de trabajo para adultos con la capacidad de trabajar y sin personas bajo su cuidado [ABAWD])

CONDADO DE _____

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.

_____, a partir de _____, se descontinuarán sus estampillas para comida debido a que usted recibió estampillas para comida para

_____, _____, y _____ sin cumplir con la regla de trabajo para adultos con la capacidad de trabajar y sin personas bajo su cuidado (ABAWD).

La cantidad de sus estampillas para comida cambiará de \$ _____ a \$ _____.

SI DEJA DE RECIBIR ESTAMPILLAS PARA COMIDA, PUEDE VOLVER A RECIBIRLAS SI

a más tardar _____, usted

- Muestra pruebas de que está cumpliendo las siguientes reglas de trabajo para los ABAWD
 - Al menos 20 horas a la 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.
- Estar en una de las situaciones que aparecen a continuación la cual le permite estar exento de las reglas de trabajo.
- Tener un motivo temporal (tal como estar enfermo, estar cuidando a un miembro del hogar que esté enfermo, tener una emergencia en el hogar, no tener transporte disponible, tener problemas para hablar, leer o escribir inglés).
- 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.

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

- Ser menor 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 una persona lesionada o enferma quien necesitará ayuda más de 30 días;
- 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.

NO DEJARA DE RECIBIR ESTAMPILLAS PARA COMIDA SI

a más tardar _____, usted

- Muestra pruebas, verbales o por escrito, de que está cumpliendo las reglas de trabajo para los ABAWD.
- Está exento (vea la lista en el lado izquierdo bajo "PARA ESTAR EXENTO DE LAS REGLAS DE TRABAJO").
- Tiene un motivo (por ejemplo, estuvo enfermo, estaba cuidando a un miembro del hogar enfermo, tuvo una emergencia en el hogar, no tenía transporte disponible, tenía problemas para hablar, leer o escribir inglés) para no cumplir con las reglas de trabajo.
- Empieza a cumplir con la regla que no cumplió (vea la regla de trabajo mencionada anteriormente o llame a su trabajador).

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 circunstancias, usted podrá recibir estampillas para comida por otros tres meses sin cumplir con la regla de trabajo para los ABAWD.

COMO VOLVER A RECIBIR ESTAMPILLAS PARA COMIDA

- Puede volver a recibir estampillas para comida si durante un período de 30 días usted cumple una de las reglas de trabajo para los ABAWD mencionadas anteriormente.
- 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.

Reglas: Las siguientes reglas, las cuales puede revisar en la oficina de bienestar público, son pertinentes:
MPP Sección 63-410; Otra _____.

