

**NOTICE OF FORM CHANGE NO. 04-314**

DATE

12-01-2004

**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 377.4 QR (1/04) English and Spanish  
Food Stamp Notice Of Change For Change Reporting Household**

ORDER UNIT SET	<input type="checkbox"/> Free <input checked="" type="checkbox"/> Sold	ESTIMATED PRICE ENG = \$1.71 / SP = \$3.41	INITIAL SUPPLY SENT <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> New <input checked="" type="checkbox"/> Revised	DATE OF FORM 1/04	REPLACES 1/04	<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: <b>Department of Social Services Warehouse P.O. Box 980788 West Sacramento, CA 95798-0788</b>		<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

The only change to form: Required Form - Substitute Permitted

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 NOTICE OF CHANGE FOR CHANGE REPORTING HOUSEHOLD

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 stamp benefits 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:

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.

**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.

**Rules:** These rules apply to the above action(s):  
You may review them at your welfare office.

**NO CHANGE IN BENEFITS**

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

**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.

## 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 CAMBIO CON RESPECTO A UN GRUPO PARA FINES DE ESTAMPILLAS PARA COMIDA QUE TIENE QUE REPORTAR CUANDO HAY CAMBIOS

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 sobre la razón 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 los beneficios 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:

- 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 ha estado reduciendo 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 con el Estado, o porque usted firmó un convenio 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.**

**CAMBIO PROPUESTO EN LOS BENEFICIOS**

A partir de \_\_\_\_\_, es posible que sus beneficios de estampillas para comida se reduzcan o se descontinúen debido a que no se recibió con su reporte sobre cambios (el formulario DFA 377.5) la información necesaria para determinar si sigue teniendo derecho a 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 se descontinúen.

**Reglas:** Las siguientes reglas son pertinentes a la acción (o acciones) mencionada anteriormente:  
Puede revisarlas en la oficina de bienestar público.

**NO HAY CAMBIO EN LOS BENEFICIOS**

Sus beneficios de estampillas para comida no han cambiado debido al documento (o documentos)/información que recibimos porque:

**DESCONTINUACION**

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

- Basándose en la razón por la 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.

## 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