

## NOTIFICACIÓN SOBRE EL VENCIMIENTO DE LA CERTIFICACIÓN PARA RECIBIR BENEFICIOS DE CALFRESH

CONDADO DE \_\_\_\_\_

Fecha de la notificación: \_\_\_\_\_

Nombre del caso : \_\_\_\_\_

Número del caso : \_\_\_\_\_

Nombre del trabajador: \_\_\_\_\_

Número del trabajador: \_\_\_\_\_

Teléfono : \_\_\_\_\_

Dirección : \_\_\_\_\_

¿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 hacerlo. Es posible que sus beneficios no cambien si usted solicita una audiencia antes que esta acción entre en vigor.

1. Su periodo de certificación para recibir beneficios de CalFresh terminará en \_\_\_\_\_.  
MES/DIA/AÑO
2. Si quiere continuar recibiendo sus beneficios sin ninguna interrupción, usted tiene que presentar una solicitud antes de que pase el día 15 del último mes del periodo de certificación. Tiene que completar una entrevista y tiene que entregar **cualquier** prueba de ingresos, gastos y otra información antes del final del periodo de certificación.
3. Si usted tiene un periodo de certificación de un mes o de dos meses, comuníquese con su trabajador para que le diga cuándo tiene que entregar su solicitud.
4. Usted recibirá una carta por separado en la cual se especificará la fecha y la hora para la entrevista. También le especificará si usted tiene una entrevista por teléfono o si usted tiene que ir a la oficina para su entrevista. Llame inmediatamente al trabajador encargado de su caso si no recibe la carta de la cita antes de que pasen 10 días contados a partir de la fecha de esta notificación.

### REGLAS IMPORTANTES

- Para evitar una posible demora en sus beneficios, si usted entrega reportes trimestrales, tiene que entregar un reporte trimestral (QR 7) completado a más tardar para el día 11 del mes en que se tiene que entregar.
- Es posible que tenga que esperar hasta 30 días para una decisión final acerca de su solicitud si usted: 1) no entrega una solicitud antes de que pase el día 15 del último mes del periodo de certificación; 2) no completa una entrevista; y 3) no entrega cualquier prueba de ingresos, gastos u otra información antes de que pasen 10 días de la fecha de la entrevista. Además, es posible que usted solamente reciba parte de los beneficios por el primer mes del nuevo periodo de certificación. Usted tiene derecho a solicitar un servicio urgente (ES, por sus siglas en inglés) si hay una interrupción en sus beneficios.
- Si tiene un motivo justificado para no presentar su solicitud para recertificación a tiempo, debe comunicarse con el departamento de bienestar público del Condado. Si tiene un motivo justificado para la demora, es posible que pueda recuperar los beneficios que haya perdido.
- En cualquier momento, usted tiene derecho a obtener una solicitud del departamento de bienestar público del Condado y tiene derecho a que el Condado acepte su solicitud. La solicitud tiene que tener por lo menos la siguiente información que se pueda leer: un nombre, una dirección, y una firma o un testigo a la marca.
- Usted o su representante autorizado tiene el derecho a presentar una solicitud de CalFresh entregando el formulario al departamento de bienestar público del Condado, ya sea en persona, por correo, fax, correo electrónico (*e-mail*), o por medio de una solicitud electrónica en el sitio web: <http://www.benefitscal.org/BenefitsPortal/landing.html>. El tiempo que se tarda para recibir beneficios se calcula empezando con la fecha cuando se entrega la solicitud al departamento de bienestar público del Condado. Se acepta una solicitud firmada usando métodos de firma electrónica o una solicitud que tiene una firma escrita a mano y enviada por fax o cualquier otra transmisión electrónica.
- Se le darán 10 días para entregar cualquier información que se necesite. Por favor comuníquese con su trabajador si usted necesita ayuda para obtener esta información.

**REGLAS:** Las siguientes reglas, las cuales puede revisar en la oficina de bienestar público, son pertinentes: Secciones 63-300.3, 63-504.25, 63-504.251, 63-504.5, 63-504.6, y 63-504.61 del Manual de Prácticas y Procedimientos (MPP) de CalFresh; Sección 273.12 del Título 7 del Código de Ordenamientos Federales (CFR).

## 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 tiene un motivo justificado para no haber solicitado una audiencia antes de los 90 días, usted todavía puede solicitar una audiencia. Si proporciona un motivo justificado, es posible que todavía se programe una audiencia.

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), CalFresh (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 beneficios de CalFresh (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, beneficios de CalFresh (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:

- Asistencia monetaria  CalFresh (estampillas 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 INFORMACIÓN

**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 público 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.

## PETICIÓN 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  CalFresh (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 \_\_\_\_\_ NÚMERO DE TELÉFONO \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: CALLE \_\_\_\_\_

CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA PERSONA QUE COMPLETA ESTE FORMULARIO \_\_\_\_\_ NÚMERO DE TELÉFONO \_\_\_\_\_

- 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 \_\_\_\_\_ NÚMERO DE TELÉFONO \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: CALLE \_\_\_\_\_

CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_

\*TDD: aparato de telecomunicaciones para las personas sordas