

AVISO DE ACCIÓN

Condado de: _____

**FORMULARIO E INSTRUCCIONES -
Para las siguientes personas (o entidades) aprobadas: parientes, miembros de la familia extendida que no son parientes, hogares de crianza temporal, tutores legales que no son parientes o dependientes mayores de edad que viven independiente en un lugar supervisado:**

- (4) Fecha del aviso: _____
- (5) Nombre del caso: _____
- (6) Número del trabajador del caso: _____
- (7) Nombre del trabajador del caso: _____
- (8) Número del caso: _____
- (9) Teléfono: _____
- (10) Dirección: _____

- (1) Nombre:
- (2) Dirección:
- (3) Ciudad, estado, código postal:

Esto es para informarle que usted recibió un pago excesivo de beneficios de Asistencia para Familias con Niños Necesitados - Crianza Temporal (AFDC-Foster Care)

- (11) para _____ por
(NOMBRE DEL NIÑO)
- (12) el período de _____ a _____
(MM/DD/AAAA) (MM/DD/AAAA)
- (13) Cantidad total que usted recibió: \$ _____
- (14) Cantidad total que usted debió haber recibido: \$ _____
- (15) Cantidad total del pago excesivo: \$ _____
- (16) Fecha en que se descubrió el pago excesivo: _____ Se permite el cobro si se presenta la demanda antes de que pase un año desde la fecha en que se descubrió el pago excesivo.
- (17) Se requiere que usted reembolse el pago excesivo por la cantidad de \$ _____.
- (18) Razón del pago excesivo:
 - (A) Desde _____ (fecha) el niño/joven no vivía en su hogar y no se lo reportó a su trabajador social del condado, y usted recibió pagos para él/ella a los cuales usted no tenía derecho.
 - (B) Otra: _____

Bajo la ley, nosotros podemos cobrar pagos excesivos por crianza temporal si el pago excesivo fue causado por el cuidador. **Nosotros no le podemos exigir que reembolse el pago excesivo si usted reúne los requisitos para una excepción. Las excepciones para el reembolso son:**

- El pago excesivo fue causado por un error del condado, o
- Usted no causó el pago excesivo, o
- Ambos usted y el condado no sabían que el niño/joven no era elegible para recibir fondos, o
- El niño/joven estuvo temporalmente ausente de su hogar y usted usó los fondos para el mantenimiento de su hogar para el regreso del niño/joven o para cumplir con las necesidades del niño/joven, o
- El costo de cobrar el pago excesivo sobrepasa la cantidad del pago excesivo que probablemente recupere el condado.

Si usted no está de acuerdo con la razón o la cantidad del pago excesivo, puede solicitar una audiencia. Por favor, vea las siguientes páginas para instrucciones sobre cómo solicitar una audiencia.

Si usted está de acuerdo con la razón y la cantidad del pago excesivo, tiene que hacer una de las siguientes cosas antes de que pasen 90 días consecutivos a partir del día en que el condado le dio o le envió este aviso:

- 1) Haga un solo pago por la cantidad total;
Por favor, pague con cheque o giro, a nombre de:

Envíelo a:

- 2) Firme un acuerdo de pagos por escrito. Usted tiene que contactar al trabajador cuyo nombre aparece en la parte superior de este formulario para hablar sobre los términos del acuerdo.

Si tiene alguna pregunta sobre cómo se calcula la cantidad del pago excesivo o sobre los acuerdos de reembolso, por favor, comuníquese con el trabajador cuyo nombre aparece en la parte superior de este formulario.

- (19)** Incluya el cálculo del pago excesivo y la comprobación de los períodos de tiempo por mes, como se requiere en los ordenamientos. Vea la sección 45-305 del Manual de Prácticas y Procedimientos (MPP). Adjunte una página si necesita espacio adicional.

Ley pertinente: Sección 11466.24 del Código de Bienestar Público e Instituciones (Welfare and Institutions Code), las secciones 22-009, 45-302, 45-304, 45-305 y 45-306 del MPP.

SU DERECHO A UNA AUDIENCIA

Usted tiene derecho a solicitar una audiencia si no está de acuerdo con cualquier acción del Condado. Sólo tiene 90 días para solicitar una audiencia. El período de 90 días empezó el día después de que el Condado le dio o le envió este aviso.

Audiencia con el Estado: Si usted cree que esta acción está equivocada, puede pedir una audiencia. Sus beneficios no cambiarán si solicita una audiencia antes de que entre en vigor esta acción.

Para solicitar una audiencia:

Si usted cree que esta acción está equivocada, puede pedir una audiencia informal con el Condado o una audiencia formal con el Estado. Sus beneficios no cambiarán si solicita una audiencia antes de que entre en vigor esta acción.

Para solicitar una audiencia informal, tiene que presentar su solicitud antes de que pasen 30 días consecutivos a partir de la fecha en que se le envió este aviso. Puede enviar su solicitud por medio de cualquiera de las siguientes maneras.

- Por escrito Por correo electrónico Por teléfono

Dirección

Su solicitud debe indicar por qué quiere la audiencia informal y si necesitará un intérprete gratuito. Si necesita un intérprete, por favor, indique cuál es el idioma o dialecto que habla.

Usted tiene derecho a apelar la decisión de la audiencia informal en una audiencia formal con el Estado. Usted puede solicitar la audiencia formal con el Estado antes de que pasen 90 días consecutivos a partir de la fecha en que se le envió la decisión de la audiencia informal. Si solicita una audiencia informal pero esta no se lleva a cabo, el período de 90 días empezará 31 días consecutivos después de la fecha de este aviso.

Si elige una audiencia formal con el Estado, por favor, tenga en cuenta que tiene que solicitarla con el Estado antes de que pasen 90 días después de la fecha en que recibió este aviso.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el trabajador cuyo nombre aparece en la parte superior de la primera página de este formulario.

TDD - Para las personas con discapacidades auditivas

PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA:

- **Complete esta página.**
- Haga una copia de ambas páginas de este formulario para sus expedientes. Si usted se la pide, su trabajador le dará una copia de esta página.
- **Envíe o lleve esta página a:**

O

- **Llame gratuitamente al: 1-800-952-5253** o, para las personas con discapacidades auditivas o del habla que usan TDD, al 1-800-952-8349.

Para obtener ayuda: Puede hacer preguntas sobre sus derechos a una audiencia o pedir una referencia para asistencia legal llamando a los números gratuitos que aparecen arriba. Puede obtener ayuda legal gratuita en su oficina local de asesoramiento legal o la oficina para la defensa de los derechos a la asistencia pública (*welfare rights office*).

Si no quiere ir a la audiencia solo, puede traer a un amigo u otra persona.

PETICIÓN PARA UNA AUDIENCIA

Quiero solicitar una audiencia debido a una acción de la oficina de bienestar público del condado de _____ sobre mi: Pago excesivo _____

La razón es la siguiente: _____

- Si necesita más espacio, marque esta casilla y adjunte otra página.**
- Necesito que el Estado me proporcione un intérprete gratuitamente. (Un familiar o amigo no puede actuar como intérprete para usted en la audiencia).

Mi idioma o dialecto es: _____

Nombre de la persona cuyos beneficios fueron denegados, modificados o suspendidos		Fecha de nacimiento	Número de teléfono
Dirección	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 intérprete).**

Nombre		Número de teléfono	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal