

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

# NOTIFICACIÓN DE EMISIÓN EXCESIVA DE BENEFICIOS DE CALFRESH SOLAMENTE POR ERRORES ADMINISTRATIVOS (AE)

Fecha de la Notificación : \_\_\_\_\_  
Nombre del caso : \_\_\_\_\_  
Número : \_\_\_\_\_  
Nombre del Trabajador : \_\_\_\_\_  
Número : \_\_\_\_\_  
Teléfono : \_\_\_\_\_  
Dirección : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(ADDRESSEE)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Audiencia con el Estado: Si usted cree que esta acción está equivocada, puede pedir una audiencia. En la siguiente página, se le explica cómo solicitarla. Sus beneficios no pueden cambiar si usted solicita una audiencia antes que esta acción entre en vigor.**

Se le emitió una cantidad excesiva de beneficios del Programa de CalFresh (conocido antes como el Programa de Estampillas para Comida) a:

- su grupo para fines de CalFresh (de aquí en adelante llamado "grupo").
- el grupo, al cual usted patrocinó.

La razón es la siguiente:

- Los ingresos ganados no reportados no califican para la deducción del 20%.

Se le emitieron \$ \_\_\_\_\_ en beneficios extras de CalFresh para el período de \_\_\_\_\_.

El grupo recibió la cantidad de \$ \_\_\_\_\_ en beneficios de CalFresh.

El grupo debió haber recibido \$ \_\_\_\_\_ en beneficios de CalFresh. Usted recibió \$ \_\_\_\_\_ (beneficios extras de CalFresh) menos lo que debió haber recibido.

Esta cantidad se redujo \$ \_\_\_\_\_ porque recibimos un reembolso parcial de la cantidad que se debía. Ahora debe \$ \_\_\_\_\_.

**En la hoja de cálculo adjunta a esta notificación, puede ver cómo calculamos la cantidad extra que usted recibió.**

## REEMBOLSO

**Usted tiene que reembolsar los beneficios extras de CalFresh.**

1. Usted puede pagar por completo la emisión excesiva de beneficios de CalFresh, o
2. Complete, firme, y devuelva el formulario de convenio para reembolso (CF 377.7E1) que se adjunta y pague en la forma acordada, o
3. Si usted no firma y no devuelve el convenio antes de que pasen 30 días a partir de la fecha de esta notificación, la cantidad de beneficios de CalFresh que usted recibe se reducirá un \_\_\_\_\_% comenzando en \_\_\_\_\_.
  - No tiene que usar beneficios que recibe del Programa de Ingresos Suplementales de Seguridad (SSI) para reembolsar esta emisión excesiva.
  - Se cobrará a todas las personas adultas que formaban parte del grupo cuando ocurrió la emisión excesiva.
  - Si no está recibiendo beneficios de CalFresh, usted tiene que reembolsar la emisión excesiva de beneficios AE si la emisión excesiva es más de \$125.

## POSIBLES ACCIONES DE COLECCIÓN:

- Su convenio de reembolso se basará en su capacidad actual para pagar según la calcule el Condado. Cualquier cambio en su capacidad para pagar pudiera cambiar sus pagos mensuales.
- Si usted no paga, es posible que el Condado utilice otros medios para cobrar la cantidad que usted debe, como por medio de la corte, otros métodos de agencias de cobros, y por una acción de cobros del gobierno federal.
- Si más tarde se determina, en la corte o por medio de una audiencia, que este error fue culpa de usted, se aplicarán sanciones aun cuando usted esté de acuerdo en reembolsar lo que debe.
- Si el pago del reclamo se atrasa o si se presenta una demanda contra el grupo, es posible que se requiera que usted pague los costos adicionales del trámite o de la corte.
- Si usted no paga la cantidad que debe, el Condado puede interceptar su devolución estatal/federal de impuestos sobre los ingresos y/o hacer una petición a la corte para embargar su sueldo o cualquier otra clase de propiedad que usted posea.

**Reglas:** Estas reglas son pertinentes: MPP 63-801.22, 63-801.4, 63-801.43, 63-801.7,

Usted puede revisar estas reglas en la oficina del Condado.

**¿Tiene preguntas? Comuníquese con su trabajador.**

**Advertencia:** Si usted cree que esta emisión excesiva está equivocada, ésta es su última oportunidad para solicitar una audiencia. Si continúa recibiendo beneficios de CalFresh, el Condado puede reducir su cantidad mensual de beneficios de CalFresh para cobrar la emisión excesiva. Si deja de recibir beneficios de CalFresh antes de que se reembolse la emisión excesiva, es posible que el Condado tome la cantidad que usted debe de su devolución estatal/federal de impuestos sobre los ingresos, según lo permitido por la ley.

## 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, 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 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 o servicios de cuidado de niños que haya recibido de más. Para que reduzcamos o descontinúemos sus beneficios antes de la audiencia, marque a continuación:

Sí, reduzcan o descontinúen:  Asistencia monetaria  CalFresh  
 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 se iban a descontinuar, 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 paga 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&IC.)**

## PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA:

- **Complete esta página.**
- Haga una copia de esta página y de la primera página para sus expedientes.  
Si 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.** 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  Medi-Cal

Otro (anote) \_\_\_\_\_

**La razón es la siguiente:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Si necesita más espacio, marque aquí y adjunte otra página.**

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 DESCONTINUARON LOS BENEFICIOS

FECHA DE NACIMIENTO NÚMERO DE TELÉFONO

DIRECCIÓN: CALLE

CUIDAD 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

CUIDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\*TDD: aparato de telecomunicaciones para las personas sordas