

NOTIFICACION DE ACCION - DESCONTINUACION DEBIDO AL USO DE LA CUENTA RESTRINGIDA

CONDADO DE _____

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

(ADDRESSEE)

Fecha de la notificación : _____
Nombre del caso : _____
Número : _____
Nombre del trabajador : _____
Número : _____
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 el reverso de esta hoja, se le explica cómo solicitarla. Sus beneficios no cambiarán si usted solicita una audiencia antes que esta acción entre en vigor.

A partir de _____, el Condado discontinuará la asistencia monetaria proveniente de Kin-GAP (Programa de Pagos de Asistencia para Parientes que Son los Tutores Legales de un Menor) para _____ hasta _____.

La razón es la siguiente:

- ☐ El niño obtuvo dinero de su cuenta restringida. Entonces, antes de que pasaran 30 días a partir de la fecha en que el niño obtuvo el dinero, él o ella:
- ☐ no utilizó el dinero en un gasto permitido.
 - ☐ no devolvió a la cuenta el dinero que no utilizó para el gasto permitido.
 - ☐ no le proporcionó al Condado pruebas de la cantidad de dinero que sacó de la cuenta.
 - ☐ no le proporcionó al Condado pruebas de cuál era el saldo de la cuenta antes que sacara el dinero.
 - ☐ no le proporcionó al Condado pruebas de cómo utilizó el dinero.

Si alguna de las casillas que aparecen arriba está marcada, es debido a que usted se retrasó o no cumplió con una fecha límite. Para que esta acción del Condado deje de estar en vigor (y que la asistencia monetaria para su niño proveniente de Kin-GAP vuelva a comenzar antes de que el período de tiempo termine), tiene que comprobarle al Condado que tenía un motivo justificado para su retraso. Avísele a su trabajador inmediatamente.

- ☐ El niño obtuvo dinero de su cuenta restringida y gastó todo o parte del dinero en algo que no estaba permitido.
- ☐ El interés se pagó en la cuenta restringida del niño.

(INFORMACION SOLO PARA EL TRABAJADOR)

INSTRUCTIONS: Use to discontinue Kin-GAP cash aid and apply penalty period when there has been misuse of a restricted account. Fill in the effective date of the discontinuance. Fill in the Kin-GAP child's name. Fill in the date of the end of the period of ineligibility. Check the applicable box(es). Print the computation on the right hand side of the NA 290 and fill in the computation section.

1. Total de la cuenta (o cuentas) restringida \$ _____
2. Gastos permitidos - _____
3. Subtotal = _____
4. Necesidades básicas, _____ personas \$ _____
5. Necesidades especiales + _____
6. Subtotal de necesidades básicas = _____
7. Período de meses = _____

Es posible que el niño continúe recibiendo beneficios de Medi-Cal (Programa de Asistencia Médica de California) aún si la asistencia monetaria proveniente de Kin-GAP se discontinúa.

Por favor complete y envíe el formulario adjunto sobre el Medi-Cal de transición (*Transitional Medi-Cal* - TMC).

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

CIUDAD 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

CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL