

NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN

Tiempo límite de 24 meses de Welfare-to-Work

CONDADO DE _____

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

Fecha de la notificación : _____
Nombre del caso : _____
Número : _____
Nombre del trabajador : _____
Número : _____
Teléfono : _____
Dirección : _____

(ADDRESSEE)

┌
└

¿Tiene preguntas? Comuníquese con su trabajador.

Audiencia con el Estado: Si usted cree que esta acción está equivocada, puede solicitar una audiencia. Sus beneficios no cambiarán si usted solicita una audiencia antes que esta acción entre en vigor. Si usted y el Condado no están de acuerdo, o si el trabajador encargado de su caso no se ha comunicado con usted, no espere para solicitar una audiencia. Usted tiene que solicitar una audiencia antes de que pasen cierto número de días. En la siguiente página de esta notificación aparece más información y se le explica cómo solicitar una audiencia.

A partir de _____, usted, _____, ha usado un total de _____ meses del tiempo límite de 24 meses de Welfare-to-Work (Programa para la Transición de la Asistencia Pública al Trabajo). Comenzando _____, la situación en relación a su participación en Welfare-to-Work cambiará. Usted necesitará cumplir con los estándares federales de CalWORKs (Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños) para poder continuar recibiendo asistencia monetaria, a menos que usted califique para más tiempo en su tiempo límite de 24 meses de Welfare-to-Work (una extensión), o que no tenga que participar en Welfare-to-Work (una exención).

Ya debe haber recibido el aviso de una cita y debe haberse reunido con el trabajador encargado de su caso (de aquí en adelante "su trabajador") para asegurarse que su participación cumple con los estándares federales de CalWORKs. Si usted no se ha reunido con su trabajador para revisar esto, tiene que comunicarse con su trabajador inmediatamente y asegurarse de que su participación cumple con los estándares federales de CalWORKs, o averiguar si puede tener más tiempo en su tiempo límite de 24 meses de Welfare-to-Work, o si no tiene que participar en Welfare-to-Work para continuar recibiendo asistencia.

Si ya se reunió con su trabajador y firmó un plan de Welfare-to-Work modificado que cumple con los estándares federales de CalWORKs, o se le ha otorgado una extensión o exención, no se requiere que se comunique con su trabajador acerca de esta notificación.

Si usted no cumple con los estándares federales de CalWORKs, es posible que se reduzca la asistencia monetaria de su familia.

Medi-Cal: Esta notificación NO cambia ni suspende sus beneficios de Medi-Cal (Programa de Asistencia Médica de California). **Continúe usando sus tarjetas de plástico de identificación de beneficios.** Usted recibirá otra notificación que le informe de cualquier cambio en sus beneficios de cuidado de la salud.

CalFresh: Esta notificación NO cambia ni discontinúa sus beneficios de CalFresh. Usted recibirá una notificación por separado que le informe de cualquier cambio en sus beneficios de CalFresh.

El recibir solamente beneficios de Medi-Cal y/o beneficios de CalFresh NO cuenta en su contra hacia los límites de tiempo para recibir asistencia monetaria.

Reglas: Las siguientes reglas son pertinentes: Sección 11322.85(a) del Código de Bienestar Público e Instituciones.

COMUNÍQUESE CON SU TRABAJADOR INMEDIATAMENTE SI NO ESTÁ DE ACUERDO CON LA INFORMACIÓN EN ESTA NOTIFICACIÓN.

Nombre del trabajador: _____

Número de teléfono: _____

¿NECESITA AYUDA LEGAL GRATUITA? Usted puede recibir ayuda gratuita para este problema en:

Local Legal Aid Office

(Oficina local de asesoramiento legal)

(_____) _____

State Welfare Rights Organization

(Organización estatal para la defensa de los derechos relacionados a la asistencia pública)

(_____) _____

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