

NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN CAMBIO EN EL CUIDADO DE NIÑOS

CONDADO DE _____

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
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 _____, el cuidado de niños para
FECHA
_____ se ha cambiado
NOMBRE DEL NIÑO

debido la siguiente razón:

- El Condado ha cambiado la tasa de reembolso de \$ _____ por _____ a \$ _____ por _____.
- El Condado ha cambiado el método de su reembolso de
 - Cal-Learn (un programa de California para la educación de los padres adolescentes que reciben asistencia monetaria)
 - CalWORKs (Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños)
 para el cuidado de niños de _____ a _____ porque _____.
- Su proveedor de cuidado de niños cambió. El cuidado de niños de Cal-Learn CalWORKs en _____ se ha pagado hasta _____. El reembolso para _____ comienza después de esa fecha.

LA RAZÓN ES LA SIGUIENTE:

- La tasa para su cuidado de niños ha cambiado.
- Su proveedor de cuidado de niños ha cambiado.
- La edad de su niño ha cambiado.
- Las horas de su cuidado de niños han cambiado.
- El Estado de California cambió los límites de pagos.
- Usted pidió este cambio.
- Otra: _____

En esta notificación se calcula la nueva cantidad de su reembolso para el cuidado de niños.

El Condado solamente reembolsará por el cuidado de niños que corresponda a las horas y los días que usted vaya a su actividad/programa aprobado. El Condado sólo reembolsará para el cuidado de niños a los proveedores que estén inscritos en el Registro de Personas con Antecedentes Aprobados para el Cuidado de Niños (Trustline) o proveedores que estén exentos de inscribirse en Trustline.

Si usted ha elegido a un nuevo proveedor a quien se le requiere que se registre con Trustline, este proveedor no es elegible para recibir reembolso hasta que él/ella esté registrado en Trustline. Los proveedores de cuidado de niños que están exentos de tener licencia pero que se requiere que estén registrados en Trustline tendrán derecho a recibir reembolso retroactivo hasta por 120 días consecutivos a partir de la fecha en que los servicios de cuidado de niños se solicitaron y se proporcionaron, lo que sea más tarde, si el proveedor después se registra en Trustline.

Reglas: Las siguientes reglas, las cuales puede revisar en la oficina de bienestar público, son pertinentes: Secciones 47-260, 47-430.2, y 47-620.32 del Manual de Prácticas y Procedimientos (MPP) de CalWORKs; Secciones 11322.9, 11323.6, 11323.4, y 11323.8 del Código de Bienestar Público e Instituciones; y Secciones 8350-8353, y 8357 del Código de Educación; o visite los sitios web: www.cdss.ca.gov o www.leginfo.ca.gov.

Usted tiene que avisarnos antes de cambiar proveedores de cuidado de niños, excepto en caso de emergencia. De otra manera, es posible que no podamos dar el reembolso del nuevo proveedor.

Niño(s): _____
\$ _____ tasa
X _____ horas días semanas mes
= \$ _____ por _____
Nombre del proveedor: _____

Niño(s): _____
\$ _____ tasa
X _____ horas días semanas mes
= \$ _____ por _____
Nombre del proveedor: _____

Niño(s): _____
\$ _____ tasa
X _____ horas días semanas mes
= \$ _____ por _____
Nombre del proveedor: _____

El cuidado de los niños que no están anotados aquí permanece igual.

Las tasas anotadas anteriormente son lo que cobra su proveedor de cuidado de niños o lo máximo que podemos reembolsar basándose en el costo del cuidado de niños en su área, la cantidad que sea menos. Usted es responsable de pagar la diferencia que sobrepase esta tasa.

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

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