

NOTIFICACION DE ACCION

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. En la siguiente página se le explica cómo solicitarla. Es posible que sus beneficios no cambien si usted solicita una audiencia antes que esta acción entre en vigor.

La casilla que está marcada es la que es pertinente para usted:

_____ ,
 su asistencia monetaria no se reducirá en _____ ,
 como le habíamos dicho que iba a suceder. No estamos
 reduciendo su asistencia monetaria ya que usted tenía un
 motivo justificado para no llevar a cabo su actividad del
 Programa para la Transición de la Asistencia Pública al Trabajo
 (*Welfare to Work* - WTW).

- Esto no contará como un caso de incumplimiento en el expediente de su caso.
- Todavía tiene que participar en las actividades de WTW a menos que nosotros le digamos que no tiene que hacerlo.

Si tiene alguna pregunta, llame inmediatamente a su trabajador de WTW al:

() _____ - _____ .

_____ ,
 su asistencia monetaria no se reducirá en _____ ,
 como le habíamos dicho que iba a suceder. Usted no tuvo un
 motivo justificado para no llevar a cabo su actividad del Programa
 para la Transición de la Asistencia Pública al Trabajo (*Welfare to
 Work* - WTW), pero está de acuerdo en firmar un plan de
 cumplimiento. Si completa el plan de cumplimiento, esto no contará
 como un caso de incumplimiento en el expediente de su caso.

Puede solicitar una audiencia con el Estado si usted no está de acuerdo con nuestra conclusión de que no tenía un motivo justificado para no llevar a cabo su actividad de WTW.

Si no hace lo que el plan de cumplimiento indica:

- Reduciremos su asistencia monetaria a menos que decidamos que usted tuvo un motivo justificado para no completar el plan.
- Recibirá una nueva notificación si tenemos que reducir su asistencia monetaria.
- Esto contará como un caso de incumplimiento en el expediente de su caso.

Si tiene alguna pregunta, llame inmediatamente a su trabajador de WTW al:

() _____ - _____ .

_____ ,
 su asistencia monetaria se reducirá en _____ ,
 como le habíamos dicho en la notificación de acción (NA 840)
 que le enviamos en _____ .

Después de hablar con usted y/o ver la información que nos dió:

- decidimos que usted no tuvo un motivo justificado para no llevar a cabo su actividad del Programa para la Transición de la Asistencia Pública al Trabajo (*Welfare to Work* - WTW); y
- usted no estuvo de acuerdo en firmar un plan de cumplimiento como se requiere.

Puede solicitar una audiencia con el Estado si usted no está de acuerdo con esta decisión.

Si tiene alguna pregunta, llame inmediatamente a su trabajador de WTW al:

() _____ - _____ .

Reglas: Las siguientes reglas, las cuales puede revisar en la oficina de bienestar público, son pertinentes: Secciones 42-713 (motivo justificado) y 42-721 (motivo justificado e incumplimiento) del MPP para CalWORKs (Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños).

