

CONDADO DE _____

Notificación de acción relacionada a las estampillas para comida

Ajuste en la cuenta de EBT

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.

REVISION DE AJUSTE DE CUENTA:

El Condado negó su petición para que se añadiera la cantidad de \$ _____ a su cuenta de transferencia electrónica de beneficios (EBT) de estampillas para comida.

LA RAZON ES LA SIGUIENTE:

No ocurrió un error en el sistema cuando se usó su cuenta electrónica de beneficios de estampillas para comida:

Fecha:
Hora:
Lugar:
Cantidad:
Otra:

Esta notificación:

- no cambia su elegibilidad para recibir beneficios;
- no cambia su responsabilidad de reportar cambios que afecten su elegibilidad; y
- no cambia sus beneficios de asistencia monetaria ni sus beneficios del Programa de Asistencia Médica de California (Medi-Cal)--si sus beneficios de asistencia monetaria o de Medi-Cal cambian, recibirá una notificación por separado.
- no le da derechos a pagos de asistencia mientras está pendiente debido a la negativa de un ajuste de cuenta.

Reglas: Las siguientes reglas, las cuales puede revisar en la oficina de bienestar público, son pertinentes: MPP 16-705, y 16-705.32.

CUENTA AJUSTADA (por el comerciante)

En _____, la cantidad de \$ _____ se quitará del saldo de su cuenta electrónica de beneficios de estampillas para comida.

LA RAZON ES LA SIGUIENTE:

Ocurrió un error en el sistema cuando se usó su cuenta electrónica de beneficios de estampillas para comida:

Fecha:
Hora:
Lugar:
Cantidad:
Otra:

IMPORTANTE

Es posible que no se quiten los beneficios de su cuenta de transferencia electrónica de beneficios (EBT) si usted solicita una audiencia antes que esta acción entre en vigor.

Si se requiere que reembolse beneficios y usted no tiene suficientes beneficios para reembolsar la cantidad del error, tomaremos esta cantidad de sus beneficios del siguiente mes.

Esta notificación:

- no cambia su responsabilidad de reportar cambios que afecten su elegibilidad; y
- no cambia sus beneficios de asistencia monetaria ni sus beneficios del Programa de Asistencia Médica de California (Medi-Cal)--si sus beneficios de asistencia monetaria o de Medi-Cal cambian, recibirá una notificación por separado.
- no cambia su elegibilidad para recibir beneficios.

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 _____

CUIDAD _____ 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 _____

CUIDAD _____ ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____