

NOTIFICACIÓN DE QUE SU TIEMPO LÍMITE DE 24 MESES DEL PROGRAMA PARA LA TRANSICIÓN DE LA ASISTENCIA PÚBLICA AL TRABAJO (WELFARE-TO-WORK - WTW) TERMINARÁ PRONTO

FECHA	
CONDADO	
NOMBRE DEL CASO	
NÚMERO DEL CASO	OTRO NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN
NOMBRE DEL TRABAJADOR	TELÉFONO DEL TRABAJADOR ()

¿Tiene preguntas? Comuníquese con su trabajador.

ESTA NOTIFICACIÓN LE DA INFORMACIÓN ACERCA DE SU TIEMPO LÍMITE DE 24 MESES DE WTW.

A partir de _____, el Condado ha determinado que a usted, _____, le quedan un total de _____ meses de su tiempo límite de 24 meses de WTW. Cuando usted haya usado todos los 24 meses de su tiempo límite de 24 meses de WTW, tendrá que cumplir con diferentes requisitos para continuar recibiendo servicios y asistencia a menos de que tenga una exención de WTW o a menos de que califique para una extensión al tiempo límite de 24 meses de WTW.

Empezando con su mes número 25, usted tendrá que cumplir con los estándares federales de CalWORKs (Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños). Según estos requisitos, usted tendrá que participar en el mismo número total de horas semanales, y tendrá que cumplir con el requisito de las horas básicas (*core hours*). La siguiente tabla le muestra los requisitos de las horas de participación para cumplir con los estándares federales de CalWORKs, incluyendo el número total de horas semanales de participación y el número de horas semanales de actividades básicas (*core activities*).

Número de adultos en la familia (Unidad de asistencia)	# total de horas de participación requeridas a la semana	# de horas en actividades básicas requeridas a la semana
Adulto solo con un niño menor de 6 años de edad	20	20
Adulto solo sin niños menores de 6 años de edad	30	20
Familias con ambos padres	35	30

Las actividades básicas en las que usted puede participar incluyen: educación, empleo, experiencia de trabajo, servicio comunitario y búsqueda de empleo. Algunas actividades tienen un límite de tiempo en que pueden contar como una actividad básica, incluyendo las actividades relacionadas a la búsqueda de empleo y preparación para un empleo. La educación y el entrenamiento vocacional solamente pueden contar como una actividad básica si usted todavía no ha usado su límite de 12 meses de por vida.

Después de usar todo su tiempo límite de 24 meses de WTW, si usted no cumple con las horas requeridas en una actividad básica permitida, su asistencia monetaria se reducirá eliminando su porción de la subvención.

COMUNIQUESE INMEDIATAMENTE CON SU TRABAJADOR SI USTED:

- necesita más información acerca de los requisitos de participación conforme a los estándares federales de CalWORKs que usted tiene que cumplir cuando haya usado todos sus meses del tiempo límite de 24 meses de WTW.
- quiere cambiar su plan de WTW ahora para cumplir con los estándares federales de CalWORKs. Esto le guardará los meses que le quedan en su tiempo límite de 24 meses de WTW.
- necesita más información acerca de los meses que ha usado.
- piensa que hay meses que no deben ser incluidos en el tiempo límite de 24 meses de WTW.
- piensa que usted debe ser exento de participar en WTW y no ha solicitado una exención, o necesita más información acerca de exenciones de participar en WTW. También puede enviarle a su trabajador el formulario (que hemos incluido) para solicitar una exención que incluye su firma y la fecha.
- necesita más información acerca de cómo pedir una extensión para su tiempo límite de 24 meses de WTW.

COMUNIQUESE CON SU TRABAJADOR SI USTED PIENSA QUE ESTA NOTIFICACIÓN NO ES CORRECTA. USTED TAMBIÉN PUEDE SOLICITAR UNA AUDIENCIA CON EL ESTADO. EL FORMULARIO "SU DERECHO A UNA AUDIENCIA" EN LA SIGUIENTE PÁGINA LE DICE CÓMO SOLICITAR UNA AUDIENCIA CON EL ESTADO.

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