

NOTIFICACION ACERCA DEL REEMBOLSO DE ESTAMPILLAS PARA COMIDA DEBIDO A UNA VIOLACION INTENCIONAL DEL PROGRAMA (IPV) O A UN CAMBIO DE CLASIFICACION, DE UN ERROR NO INTENCIONAL DEL GRUPO PARA FINES DE ESTAMPILLAS PARA COMIDA (IHE) A UNA IPV

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

(ADDRESSEE)

┌ _____ ┐
 │ _____ │
 │ _____ │
 │ _____ │
 └ _____ ┘

¿Tiene preguntas? Comuníquese con su trabajador.

Audiencia con el estado: Usted puede pedir una audiencia en relación a esta acción, **a menos que** ya haya tenido una audiencia sobre **la razón** de esta emisión excesiva. Si cree que la nueva cantidad de estampillas para comida que debe es incorrecta, puede pedir una audiencia. En el reverso de esta 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.

Su grupo para fines de estampillas para comida (de aquí en adelante llamado "grupo") cometió un error.

Se le emitieron demasiadas estampillas para comida a:

- su grupo.
- un grupo que usted patrocina.

La razón es la siguiente:

- Ya se le informó acerca de esta emisión excesiva de estampillas para comida y debido a la misma, es posible que el Condado haya reducido la cantidad de estampillas para comida que usted recibe mensualmente. Se decidió en una corte o en una audiencia administrativa del estado que esta emisión excesiva fue el resultado de una violación intencional del programa (IPV) o usted firmó un "Acuerdo de consentimiento a descalificación" o una "Renuncia a una audiencia administrativa de descalificación" y esto ahora se considera una IPV. Esta notificación contiene información acerca de la cantidad que debe ahora, la cual puede ser mayor a la cantidad que se le dijo que debía anteriormente. El Condado ha estado reduciendo el 10% o \$10 dólares (la cantidad que sea mayor) de su asignación mensual para reembolsar la emisión excesiva. El Condado ahora puede reducir hasta el 20% o \$20 dólares (la cantidad que sea mayor) de su asignación mensual. Por esta razón es posible que cambie la cantidad de estampillas para comida que usted recibe.

El grupo recibió \$_____ en estampillas para comida.

El grupo debió haber recibido \$_____ en estampillas para comida. \$_____ (estampillas para comida extras) es lo que usted recibió menos lo que debió haber recibido.

Usted tiene que reembolsar las estampillas para comida extras que recibió.

Se emitieron \$_____ en estampillas para comida extras para el período de _____.

- Esta cantidad se redujo \$_____ porque le debíamos beneficios al grupo para fines de estampillas para comida correspondientes a meses anteriores o recibimos un reembolso parcial de la cantidad que se debía.
- Esta cantidad aumentó \$_____ porque se volvió a calcular su emisión excesiva cuando se determinó que existía una IPV.

Ahora debe \$_____.

Reglas: Las siguientes reglas, las cuales puede revisar en la oficina de bienestar público, son pertinentes: MPP 63-801.43, 63-801.23.

- No tiene que usar los beneficios que recibe del Programa de Ingresos Suplementales de Seguridad (SSI) para reembolsar esta emisión excesiva.
- Se cobrará de todos los adultos que formaban parte del grupo cuando ocurrió la emisión excesiva.

USTED TIENE QUE:

Pagar por las estampillas para comida extras por completo, o completar, firmar y devolver el formulario que se adjunta, el "Convenio para el reembolso de estampillas para comida, solamente para una violación intencional del programa (IPV)" (DFA 377.7G), y pagar en la forma acordada.

ACCIONES QUE TOMARA EL PROGRAMA

- Su convenio de reembolso se basará en su capacidad actual para pagar de la manera en que lo calcule el Condado. Cualquier cambio que ocurra en su capacidad de pagar, pudiera cambiar sus pagos mensuales.
- Si no firma ni devuelve el convenio antes de que pasen 30 días contados a partir de la fecha de esta notificación, la cantidad de estampillas para comida que usted recibe será reducida por _____ % a partir de _____.
- Si usted no paga, es posible que el Condado utilice otros medios para cobrar la cantidad que debe, por ejemplo, a través de la corte, otros métodos de agencias de cobro, o por acciones de cobro federales.
- Si esta violación intencional del programa (IPV) fue un error no intencional del grupo (IHE), las sanciones se aplicarán aun cuando usted esté de acuerdo en reembolsar lo que debe.
- Si el reclamo se vuelve delincente o al grupo se le presenta una demanda, usted puede estar sujeto(a) a pagar costos adicionales de proceso o de la corte.
- Si no paga la cantidad que debe, es posible que el Condado tome esa cantidad de su devolución estatal/federal de impuestos sobre los ingresos y/o que le pida a la corte que retenga su sueldo o embargue cualquier bien de su propiedad.

ADVERTENCIA: Esta es su última oportunidad para solicitar una audiencia si usted cree que esta emisión excesiva está equivocada. Si continúa recibiendo estampillas para comida el condado puede reducir su cantidad de estampillas para comida para pagar la emisión excesiva. Si deja de recibir estampillas para comida antes de que se pague la emisión excesiva, es posible que el condado tome la cantidad que usted debe de su devolución de impuestos sobre ingresos.

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