STATE OF CALIFORNIA—HEALTH AND WELFARE AGENCY

DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

744 P Street, Sacramento, CA 95814

December 15, 1987

ALL-COUNTY INFORMATION NOTICE NO. I-115-87

TO: ALL COUNTY WELFARE DIRECTORS

SUBJECT: FOOD STAMP EMPLOYMENT AND TRAINING (FSE&T) PROGRAM NOTICE OF DISQUALIFICATION

The purpose of this All-County Information Notice (ACIN) is to transmit to County Welfare Departments (CWDs) camera-ready copies of the English and Spanish language version of the Temporary Food Stamp Notice of Disqualification form (TEMP DFA 377.10) for the Food Stamp Employment and Training (FSE&T) Program. You may use this form on a temporary basis until it can be finalized. Our target date for issuing the final version is June 1, 1988. If you have any suggestions concerning the form, please submit them in writing by January 30, 1988 to:

Ms. Del Sayles, Chief
GAIN and Employment Services Policy Bureau
Department of Social Services
744 P Street, MS 6-138
Sacramento, CA 95814
Attn: Greg Huerta

Please begin using the TEMP DFA 377.10 (11/87) immediately until a final version is approved and forms are available. You may use the attached camera-ready copy to reproduce the forms you need.

If you have any questions, please contact your consultant in the GAIN and Employment Services Operations Bureau at (916) 324-6962.

DENNIS J. BOYLE
Deputy Director
Management Systems and
Evaluation Division

Attachment

cc: CWDA

FOOD STAMP NOTICE OF DISQUALIFICATION

COUNTY OF

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND WELFARE AGENCY
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Notice Date
Case
Name
Number
Worker
Name
Number
Telephone
Address

(ADDRESSEE)

Questions? Ask your Worker.

State Hearing: If you think this action is wrong, you can ask for a hearing. The back of this page tells how. Your benefits may not be changed if you ask for a hearing before this action takes place.

DISQUALIFICATION

As of _____, the following action is being taken

- ☐ Your household will be disqualified from the Food Stamp Program until _____
- ☐ _____ is disqualified from the Food Stamp Program until _____
- ☐ Your household's food stamps will be changed from _____ to _____
- ☐ Other _____

Here's why:

_____ did not follow the Food Stamp Employment and Training Program rules without a good reason.

You may reapply and have your eligibility for food stamps redetermined during the disqualification period (see below) or you may reapply at the end of your disqualification period.

REDETERMINING ELIGIBILITY

Eligibility for food stamp benefits may be redetermined during the disqualification period, if the person named above reapplies for food stamps and, (1) does what is required in the Food Stamp Employment and Training Program, or (2) leaves the household, or (3) becomes exempt from work registration requirements.

REASON FOR DISQUALIFICATION	ACTION REQUIRED TO END DISQUALIFICATION
☐ Did not answer a request for more information.	Must give your worker the requested information.
☐ Did not go to a job or training site.	Must 1) go to the job or training site if still available, or 2) go to another job or training site sent to.
☐ Turned down a suitable job.	Must 1) take this job if still open, or 2) take another job with weekly earnings equal to the refused job, or 3) take another job of at least 30 hours a week with weekly earnings the same as federal minimum wage multiplied by 30 hours.
☐ Quit a job.	Must 1) go back to this job if still open, or 2) take another job with earnings equal to or hours at least the same as the job which was quit.
☐ Failed to comply with Food Stamp Employment and Training Program requirement.	_____

This action is required by Food Stamp Manual Section(s): _____
You may review the Food Stamp Manual at your welfare office.

NOTIFICACIÓN DE DESCALIFICACIÓN EN EL PROGRAMA DE ESTAMPILLAS PARA COMIDA

CONDADO DE

ESTADO DE CALIFORNIA
AGENCIA DE SALUD Y BIENESTAR
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES

Fecha de la Notificación _____

Nombre del Caso : _____

Número : _____

Nombre del Trabajador(a) : _____

Número : _____

Teléfono : _____

Dirección : _____

(DESTINATARIO)

¿Tiene Preguntas? Comuníquese con su Trabajador(a).

Audiencia con el estado: Si usted cree que esta acción está equivocada, puede solicitar una audiencia. En el reverso de esta hoja se le explica cómo hacerlo. Es posible que sus beneficios no cambien si usted solicita una audiencia antes que esta acción entre en vigor.

DESCALIFICACIÓN

Con fecha _____ se ejercitará la siguiente acción:

- ☐ El hogar de usted será descalificado del Programa de Estampillas para Comida hasta _____.
- ☐ _____ estará descalificado del Programa de Estampillas para comida hasta _____.
- ☐ Las estampillas para comida de su hogar serán cambiadas de _____ a _____.
- ☐ Otro _____.

La razón es la siguiente:

_____ no cumplió, sin haber tenido un motivo justificado, con los requisitos del Programa de Empleo y Entrenamiento del Programa de Estampillas para Comida. **Puede volver a solicitar estampillas para comida y que se le vuelva a determinar su elegibilidad para las mismas durante su período de descalificación (vea enseguida), o puede volver a solicitarlas cuando se termine su período de descalificación.**

DETERMINANDO SU ELEGIBILIDAD NUEVAMENTE

La elegibilidad para beneficios de estampillas para comida puede ser determinada nuevamente durante el período de descalificación, si la persona mencionada arriba vuelve a solicitar estampillas para comida y, (1) cumple con los requisitos del Programa de Empleo y Entrenamiento del Programa de Estampillas para Comida, o (2) se muda del hogar, o (3) se le declara exento(a) de cumplir con los requisitos de registro para empleo.

MOTIVO DE LA DESCALIFICACIÓN	ACCIÓN NECESARIA PARA TERMINAR LA DESCALIFICACIÓN
☐ No respondió cuando se le requirió más información.	Tiene que proporcionarle a su trabajador(a) la información que se le requirió.
☐ No se presentó a un empleo o lugar de entrenamiento.	Tiene que: 1) ir al empleo o lugar de entrenamiento si todavía está a la disposición, o 2) ir a otro empleo o lugar de entrenamiento al que se le mande.
☐ Rehusó aceptar un empleo adecuado.	Tiene que: 1) aceptar este empleo si todavía está a la disposición, o 2) aceptar otro empleo que ofrezca un salario semanal equivalente al que rehusó, o 3) aceptar otro empleo por un mínimo de 30 horas a la semana que ofrezca un salario semanal igual al salario mínimo federal multiplicado por 30 horas.
☐ Renunció a un empleo.	Tiene que: 1) regresar a este empleo si todavía está a la disposición, o 2) aceptar otro empleo que ofrezca un salario equivalente al que dejó, o por lo menos un número igual de horas.

No cumplió con los requisitos del Programa de Empleo y Entrenamiento del Programa de Estampillas para Comida. _____

Esta acción es requerida por las siguientes secciones del manual de Estampillas para Comida: _____ Puede consultar el Manual de Estampillas para Comida en su oficina del departamento de bienestar.