DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES
744 P Street, Sacramento, CA 95814

September 22, 1997

ALL COUNTY INFORMATION NOTICE NO. I-59-97

TO: ALL COUNTY WELFARE DIRECTORS

REASON FOR TRANSMITTAL

[ ] State Law Change
[ ] Federal Law Change
[ ] Court Order or Settlement Agreement
[ ] Clarification Requested by One or More Counties
[X] Initiated by CDSS

SUBJECT: FOOD STAMP PROGRAM FORMS: DFA 377.4A (4/97), DFA 377.4A (SP) (4/97) AND FS 18 (7/97)

The purpose of this letter is to transmit reproducible copies of three forms; the DFA 377.4A (4/97), DFA 377.4A (SP) (4/97) (Notices of Action) and the FS 18 (7/97) Multilingual informing notice.

The DFA 377.4A and DFA 377.4A (SP) can be used to change or terminate food stamp benefits due to the ineligibility of household members solely because of their status as legal non-citizens under the Personal Responsibility and Work Opportunity Reconciliation Act of 1996.

The FS 18 (7/97) informing notice can be used to notify legal non-citizen household members found ineligible due to insufficient quarters of work history of their right to request a review of their work history by the Social Security Administration.

TRANSLATIONS

Counties that need a camera ready copy of the DFA 377.4A (4/97), DFA 377.4A (SP) (4/97) and the FS 18 (7/97) Multilingual should call:

- For English and Spanish: the Forms Management Bureau at (916) 657-1907 or CALNET 437-9307.
- For the Asian language versions (Chinese, Cambodian and Vietnamese): the Language Services Bureau at (916) 654-1305 or CALNET 464-1305. These translations will be forwarded to the County Forms Coordinator when available.

If you have any questions, please contact Melissa Buchanan, Food Stamp Program Bureau, at (916) 654-8467.

Bruce Wagstaff

BRUCE WAGSTAFF
Deputy Director
Welfare to Work Division

Attachments

c: CWDA

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND WELFARE AGENCY
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

COUNTY OF

FOOD STAMP NOTICE OF CHANGE

Notice Date : _____
Case
Name : _____
Number : _____
Worker
Name : _____
Number : _____
Telephone : _____
Address : _____

(ADDRESSEE)

If you have any questions or want more information about this action, please contact your worker.

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

☐ **CHANGE IN BENEFITS.**

Effective_____, your food stamp benefits are changed from $_____ to $_____each month because:

_____, is an ineligible legal non-citizen.

Rules: These rules apply to the above action(s):

You may review them at your welfare office.

☐ **TERMINATION.**

Effective_____, your food stamp benefits are terminated because:

There are no eligible legal non-citizens in your household.

If you, or any other legal non-citizens in your household are ineligible because you do not have enough work quarters, you may get food stamps for up to six months more. To get food stamps for up to six months, you must contact the Social Security Administration and ask them to review your work quarters (or those of your spouse or parents) and get proof from Social Security that they are reviewing your quarters and give it to the county.

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND WELFARE AGENCY
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

CONDADO DE

NOTIFICACION DE CAMBIO EN LAS ESTAMPILLAS PARA COMIDA

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

(ADDRESSEE)

Si tiene alguna pregunta o quiere más información acerca de esta acción, por favor comuníquese con su trabajador.

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 solicitarla. Es posible que sus beneficios no cambien si usted solicita una audiencia antes que esta acción entre en vigor.

☐ **CAMBIO EN LOS BENEFICIOS**

A partir de_____, sus beneficios mensuales de estampillas para comida cambiarán de $_____ a $_____ porque:

_____ es una persona no ciudadana que no reúne los requisitos para recibir estampillas para comida aunque esté aquí legalmente.

Reglas: Las siguientes reglas son pertinentes en relación a las acciones indicadas anteriormente:

Puede revisarlas en la oficina de bienestar público.

☐ **TERMINACION**

A partir de _____, sus beneficios de estampillas para comida se terminarán porque:

No hay en su grupo (para fines de estampillas para comida) personas no ciudadanas que reúnan los requisitos para recibir estampillas para comida aunque estén aquí legalmente.

Si usted, o cualquier otra persona no ciudadana en su grupo que esté aquí legalmente, no reúne los requisitos porque no ha trabajado durante suficientes trimestres, es posible que pueda obtener estampillas para comida por un período de hasta seis meses más. Para obtener estampillas para comida por un período de hasta seis meses más, tiene que comunicarse con la Administración del Seguro Social y pedirles que revisen el número de trimestres durante los cuales trabajó (o el número de trimestres del esposo(a) o de los padres). También tiene que obtener pruebas del Seguro Social de que ellos están revisando el número de trimestres y entregarle las pruebas al condado.

IMPORTANT INFORMATION

The County asked for and got a "Quarters of Coverage History" from Social Security for you. The information does not show that there are the 40 eligible quarters of work, which you must have to be eligible for food stamps.

If you think that the information from Social Security is wrong or incomplete, you may contact Social Security and ask for an appeal. If you do ask for an appeal, Social Security will give you proof that a review is being done.

If you give the County this proof, you can get food stamps for up to six months from the date of application, or until Social Security finishes the review, whichever is sooner.

If Social Security decides that there are not enough quarters for you to be eligible for food stamps, all the food stamps you get while they are doing their review will be an overissuance. You will have to pay them back.

INFORMACION IMPORTANTE

El condado pidió y recibió de la Administración del Seguro Social (SSA), a nombre suyo, un historial de los trimestres de cobertura conocido en inglés como *"Quarters of Coverage History"*. La información que contiene este historial no muestra que usted haya trabajado los 40 trimestres que reunieran los requisitos y que usted necesita para poder recibir estampillas para comida.

Si cree que la información que proporcionó la SSA está equivocada o incompleta, puede ponerse en contacto con la SSA y presentar una apelación. Si usted presenta una apelación, la SSA le dará pruebas de que se está revisando su historial.

Si le presenta estas pruebas al condado, puede recibir estampillas para comida por un período de hasta seis meses a partir de la fecha en que presentó su solicitud para las estampillas para comida, o hasta que la SSA complete la revisión de su caso, según lo que ocurra primero.

Si la SSA decide que usted no tiene los suficientes trimestres para poder recibir estampillas para comida, la cantidad completa de estampillas para comida que haya recibido mientras que se revisaba su historial de cobertura, se considerará una emisión excesiva. Usted tendrá que reembolsar esta cantidad.