DEPARTMENT OF BENEFIT PAYMENTS
744 P Street, Sacramento, CA 95814
(916) 445-0813

November 12, 1976

ALL-COUNTY LETTER NO. 76-127

TO: ALL COUNTY WELFARE DIRECTORS

SUBJECT: TERMINATION OF THE EVH PROGRAM

REFERENCE:

As I advised you by telegram on October 25, 1976, the EVH Program is being terminated as a result of federal legislation (HR 7228) removing the limit on home value in the SSI Program. While this change in federal law was effective October 1976, the EVH Program will be continued through December 31, 1976, to ensure that there will be no interruption in benefits to these recipients. SSA will assume responsibility for payments on January 1, 1977.

On October 22, 1976, the SSA Regional Office informed SSA District Offices of the change in law and instructed them to cease making EVH referrals immediately. Persons who originally applied for SSI/SSP during the month of October should be referred back to SSA. Counties must continue processing the applications of persons who may be entitled to EVH prior to October and grant aid to those eligible from the beginning date of aid through December 1976.

Our previous telegrams instructed counties to compile a list of current EVH recipients and a separate list of pending applicants and to forward the lists to DBP by November 9, 1976. SSA will be using these lists to secure applications for SSI/SSP from EVH applicants and recipients. For cases that were in application status at the time the lists were compiled, the following information should be submitted to DBP as soon as the eligibility determination is made:

> Name, Social Security Number, Linkage, Address with Zip Code, Telephone Number, and the current grant amount or the reason for denial.

Termination of the EVH cases effective December 31, 1976 will, of course, require notice to the recipients. Attached is a suggested notice of action (ABCD 239B). Aid paid pending will not be appropriate since the program is ending. Such a notice must be sent to all EVH recipients no later than December 1, 1976, and should include all the information in this example.

Your administrative and assistance claims will be honored for costs incurred through December 31, 1976. County administrative phase-out costs (not eligibility determinations) and adjustments may be claimed through June 30, 1977.

Any questions regarding the EVH phase out should be directed to Gary Pettigrew at (916) 445-0813.

Sincerely,

KYLE McKINSEY
Deputy Director

cc: CWDA

NOTICE OF INTENDED ACTION AND RIGHT TO REQUEST A FAIR HEARING

State No.:
District:
Date:

Case Name:

Federal law has been changed to remove the limit on the value of a person's home in the Supplemental Security Income/State Supplementary Payment (SSI/SSP) Program. This means that there is no longer a need for California's Excess Value Home (EVH) Program under which you now receive benefits. Your payments under the EVH Program will end on December 31, 1976, and the Social Security Administration will take responsibility for your payments beginning January 1, 1977.

Your name and address have been given to the Social Security Administration so that they can contact you and take your application for SSI/SSP. If the Social Security Administration has not contacted your by the time you receive this notice, you should immediately call or go to your local Social Security Administration District Office to file your application.

If you believe any action taken in regard to your EVH benefits has been wrong, you may ask for a Fair Hearing. An explanation of your Fair Hearing rights and a form to request a Hearing are on the back of this notice.

If you believe any action taken by the Social Security Administration concerning your SSI/SSP is wrong, you may ask for a reconsideration at your local Social Security Administration District Office.

☐ Although your application for assistance has been denied, you and your family may be eligible to receive family planning services if you contact the county welfare department and request these services within three months of the date of this notice.

This action is required by the following laws and/or regulations:

Federal Social Security Act Section 1613(a)(1)
(As amended by HR 7228 enacted on 10/21/76)
Welfare and Institutions Code Section 12152(b)
Welfare Manual Section 46-603.3

If you have any questions please contact me.

Eligibility Worker	Telephone

1. You have the right to a conference with representatives of the county welfare department to talk about this intended action. At the conference, you may speak for yourself or be represented by a lawyer, a friend or other spokesman. If you want a conference, contact your county social worker within 10 days of the date of this notice.

2. Whether you request a conference or not, you **also** have the right to request a Fair Hearing and decision by the Director of the Department of Benefit Payments (see form below). Your request must be written and it must state that you want a hearing and why you are dissatisfied. Your request for a hearing must be made within one year of the date of this notice.

3. Your county worker will help you ask for a Fair Hearing.

4. At a Fair Hearing you have the right to be represented by an attorney or any other person (a friend, relative, or other spokesman) of your choice. If you need an interpreter we will provide one for you. You may obtain free legal advice and the services of a lawyer by contacting the nearest legal services office.

_____

_____

5. State regulations governing Fair Hearings are available at this office of the county welfare department.

If you wish to request a Fair Hearing, please send this page to:

Office of the Chief Referee
State Department of Benefit Payments
744 P Street, M.S. 15-50
Sacramento, California 95814

Should you wish to have further information about your Fair Hearing rights, you may contact Public Inquiry and Response at 800-952-5253 (toll free number).

I, _____ Phone _____
Name

_____
Address

hereby request a fair hearing before the State Department of Benefit Payments from the action taken by _____

_____

County regarding the receipt of public assistance.

The reasons for my request for a fair hearing are as follows: _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Signed: _____

On: _____
Date

If you request a hearing, you should use the above form and send the entire page. This will assist in the processing of your case. If someone other than yourself completes and signs this request for a Fair Hearing, you must complete a written statement authorizing that person as your representative.

DO NOT CUT OR TEAR – SEND THIS ENTIRE PAGE

DO NOT CUT OR TEAR – SEND THIS ENTIRE PAGE

NOTIFICACIÓN DE LA ACCIÓN PROPUESTA Y DEL DERECHO A SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL (FAIR HEARING)

Número del Estado:
Distrito:
Fecha:

Nombre del caso:

La ley federal se ha cambiado para quitar el límite en el valor de la casa de una persona recibiendo beneficios de Seguridad de Ingreso Suplemental/Programa Suplementario del Estado (Supplemental Security Income/State Supplementary Program-SSI/SSP). Esto quiere decir que ahora no hay necesidad para el Programa de Casas de Valor Excesivo (Excess Value Home Program-EVH) en California bajo del que Ud. recibe beneficios. Sus pagos bajo el programa de EVH van a acabarse el día 31 de diciembre de 1976, y la Administración del Seguro Social tendrá la responsabilidad de sus pagos en el 1 de enero de 1977.

Su nombre y dirección se han dado a la Administración del Seguro Social para que ellos puedan ponerse en contacto con Ud. y obtener su solicitud para SSI/SSP. Cuando reciba este aviso si la Administración del Seguro Social todavía no se ha comunicado con Ud., debe llamar o ir inmediatamente a la oficina de Seguro Social en su distrito para entregar su solicitud.

Si Ud. cree que cualquier acción tomada en cuanto a sus beneficios de EVH ha sido equivocada, puede pedir una Audiencia. En el otro lado de este aviso, se presentan una explicación de sus derechos en la Audiencia y una forma para hacer su petición.

Si Ud. cree que cualquier accion tomada por la Administración de Seguro Social en cuanto a sus beneficios de SSI/SSP está equivocada, puede pedir una revisión de su caso en la oficina del Seguro Social en su distrito.

☐ Aunque su solicitud de asistencia ha sido denegada, usted y su familia pueden ser elegibles para recibir los servicios de planificación familiar si se pone en contacto con el departamento de bienestar social del condado (county welfare department) y solicita estos servicios dentro de los tres meses de la fecha de esta notificación.

Esta acción ha sido requerida en cumplimiento de las siguientes leyes y/o reglas:

Sección de la Acta Federal del Seguro Social-1613 (a)(1) (Como cambiada por el HR 7228 legislado el 10/21/76)
Sección del Código de Instituciones y Bienestar Social Sección del Manual de Bienestar Social

Si tiene alguna duda o pregunta por favor, póngase en contacto conmigo.

Trabajador(a) de elegibilidad	Teléfono

1. Usted tiene el derecho a una conferencia con los representantes del departamento de bienestar social del condado para hablar acerca de esta acción propuesta. En esta conferencia usted puede hablar por si mismo o estar representado por un abogado, un amigo u otra persona que actúe como su vocero. Si usted desea una conferencia, póngase en contacto con el trabajador(a) social del condado dentro de los 10 días de la fecha de esta notificación.

2. Solicite usted la conferencia o no, usted también tiene el derecho de solicitar una Audiencia Imparcial y la decisión del Director del Departamento de Pagos de Beneficios (vea el formulario abajo). Tiene que solicitarla por escrito y tiene que declarar que usted desea una audiencia y la razón por la cual no está satisfecho(a). Su petición para la audiencia debe ser hecha dentro de un año a partir de la fecha de esta notificación.

3. Su trabajador(a) del condado le ayudará a solicitar una Audiencia Imparcial.

4. En la Audiencia Imparcial usted tiene el derecho de ser representado por un abogado o cualquier otra persona (un amigo, un pariente u otra persona que actúe como su vocero) que usted seleccionará. Si necesita un intérprete nosotros se lo proveemos. Puede obtener consejo legal gratuito y los servicios de un abogado si se pone en contacto con la oficina de servicios legales más cercana.

_____

_____

5. Las regulaciones aplicables a la Audiencia Imparcial pueden obtenerse en esta oficina del departamento de bienestar social del condado.

NO CORTE ESTA PÁGINA – ENVÍELA COMPLETA

Si usted desea solicitar una Audiencia Imparcial, por favor envíe esta página a:

Si desea más información tocante a sus derechos en cuanto la audiencia, puede ponerse en comunicación con Public Inquiry and Response llamando a 800-952-5353 (número sin cobro de larga distancia).

Office of the Chief Referee
State Department of Benefit Payments
744 P Street, M.S. 15-50
Sacramento, CA 95814

Yo, _____ Teléfono _____
Nombre

_____
Dirección

por la presente solicito una Audiencia Imparcial ante el Departamento Estatal de Pagos de Beneficios de la acción tomado por _____
Condado, relacionada con el recibo de asistencia pública.

Las razones de mi solicitud para una audiencia imparcial son las siguientes: _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Firmado: _____

En: _____
Fecha

Si usted solicita una audiencia, debe de usar el formulario anterior y enviar la página completa. Ésto ayudará en el proceso de su caso. Si otra persona que no sea usted, le llena y firma esta solicitud para una Audiencia Imparcial, usted tiene que llenar una autorización por escrito para que esa persona pueda representaro.

NO CORTE ESTA PÁGINA – ENVÍELA COMPLETA