September 6, 1984

ALL-COUNTY LETTER NO. 84-97

TO: ALL COUNTY WELFARE DIRECTORS

SUBJECT: THE CONVERSION OF ALL COUNTIES TO INTAKE COUNTIES FOR RECEIPT OF WRITTEN STATE HEARING REQUESTS

REFERENCE:

The purpose of this letter is to notify counties of changes to be made, effective January 1, 1985, to Notice of Action (NOA) forms pursuant to Saldivar v. McMahon. The change will reflect the conversion of all counties to intake status for receipt of written state hearing requests. Oral requests for state hearing will continue to be received directly by SDSS staff in Public Inquiry and Response.

Conversion of all counties to intake status necessitates the revision of the back of NOAs by substituting a county specific address for the existing SDSS address for receipt of written requests. Attachment I provides a listing of all forms which must be revised and the SDSS programs which are responsible for the forms.

Also, effective January 1, 1985, the ABCD 239 Notice of Action Series forms are obsolete. Counties are to use the NA series forms to notice AFDC recipients regarding situations previously covered in the ABCD 239 forms. Counties are reminded that the standards for providing adequate notice are specified in ACIN I-151-82 dated November 23, 1982.

In addition to the Notice of Action series identified above, the CA 1, DFA 285-A2, and the MA 5-95 must ultimately be changed to remove the SDSS mailing address. Details regarding those revisions will follow in a separate letter.

Two options have been approved for making the necessary revisions. Counties are requested to choose one of the following options for implementing the change. SDSS must be notified in writing of the choice no later than September 17, 1984 in order to meet advance printing deadlines for the January 1, 1985 implementation date:

1. Print your own stock using the attached NA back(s) reproducible copies as instructed in Attachment I, or

2. Utilize existing stock by overlaying the SDSS address with a non-peelable label containing your county specific address. Pre-printed labels will be provided without charge by SDSS for existing stock only. Counties will be responsible for printing their own labels once existing stock is exhausted.

Counties who choose Option 1 must print the county specific address in the blank space under the heading, "How to Request a State Hearing" on the NA back(s) provided. The form is incomplete without the addition of the county specific address.

Counties choosing Option 2 must include the following information with their notice of option choice:

1. Address to be printed by SDSS on the label (must be typed)

2. Shipping address where the labels are to be sent

3. Contact name and telephone number (in case SDSS has any questions)

Your response should be received by September 17, 1984 at:

Office of the Chief Referee
Attention Jane Foley M.S. 6-106
744 P Street
Sacramento, CA 95814

If you have any questions, please contact the Office of the Chief Referee, Operations Bureau, at (916) 324-2255.

LONNIE M. CARLSON
Chief Referee

Attachments

cc: CWDS

DERECHO A SOLICITAR UNA AUDIENCIA CON EL ESTADO

1. Usted tiene el derecho a una consulta con representantes del departamento de servicios sociales del condado para conversar con respecto a esta acción intentada. En dicha consulta, puede hablar por sí mismo o ser representado(a) por un abogado, un amigo u otro representante. Si quiere una consulta, comuníquese con su departamento del condado.

2. Ya solicite una consulta o no, también tiene el derecho a pedir una Audiencia con el Estado y una decisión del Director del Departamento de Servicios Sociales del Estado (vea la forma abajo). Su petición puede ser por escrito u oral, pero debe especificar que quiere una audiencia y por qué está insatisfecho. **DEBE PRESENTAR SU PETICIÓN PARA UNA AUDIENCIA DENTRO DE LOS 90 DÍAS SIGUIENTES A LA FECHA EN QUE SE ENVIÓ POR CORREO ESTA NOTIFICACIÓN.**

3. **SI PIDE UNA AUDIENCIA CON EL ESTADO ANTES DE LA FECHA EFECTIVA DE LA ACCIÓN QUE PROPUSO EL CONDADO, ES POSIBLE QUE CONTINÚEN SUS SERVICIOS HASTA LA AUDIENCIA.** Usted no será responsable de reembolsar servicios monetarios recibidos mientras la audiencia estaba pendiente, aun si resulta en una negación, siempre y cuando haya hecho su petición de buena fe.

4. Puede pedir una audiencia por sí mismo, o puede pedir que su departamento del condado le asista. De cualquier manera, asegúrese de notificar a su trabajador(a) del departamento del condado tan pronto como sea posible.

5. En una Audiencia con el Estado usted tiene el derecho a ser representado por un abogado o cualquier otra persona (un amigo, pariente, u otro representante) que usted escoja. Posiblemente pudiera obtener consejo legal gratuito y los servicios de un abogado. Si hay representación legal gratuita en su localidad, el número de teléfono y/o domicilio está escrito arriba. También puede ponerse en contacto con la organización de derechos a servicios sociales más cercana para que le asesoren en la presentación de su petición.

6. Las regulaciones estatales que rigen las audiencias con el estado con respecto a los servicios sociales están a la disposición en esta oficina del departamento de servicios sociales del condado.

7. Prácticas con respecto a la información - La información que se le está requiriendo es mandatoria para poder tramitar su petición para una audiencia con el estado, en conformidad con la Sección 10950 del Código de Bienestar e Instituciones (W&IC). La Oficina del Jefe de Árbitros establecerá un expediente del caso. Usted tiene el derecho a examinar los documentos que constituyen los antecedentes para la decisión. Cualquier información que usted proporcione puede ser compartida con el departamento de servicios sociales del condado o el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Si desea solicitar una audiencia con el estado **por escrito,** por favor envíe esta página a:

Para solicitar **oralmente** *una audiencia con el estado o para obtener más información con respecto a sus derechos a una audiencia con el estado o los expedientes puede comunicarse con la:*

Oficina de Preguntas y Respuestas al Público
Departamento de Servicios Sociales del Estado
(800) 952-5253 (número gratuito)*
TDD (800) 952-8349 * Para sordos solamente

* *Posiblemente tenga que marcar el número "1" primero.*

PETICIÓN PARA UNA AUDIENCIA CON EL ESTADO

Nombre (apellido, nombre, inicial) | Número de teléfono | Número de seguro social

Domicilio | Ciudad | Estado | Zona postal

Por medio de la presente solicito una audiencia con el estado ante el Departamento de Servicios Sociales del Estado con respecto a la acción que tomó el condado tocante a mis servicios sociales. Las razones para mi petición son las siguientes:

Tengo problemas entendiendo el inglés, por lo tanto estoy pidiendo un intérprete para mi audiencia en el siguiente. | Idioma | Dialecto

Firma | Fecha en que se firmó

REPRESENTANTE AUTORIZADO

He autorizado a la siguiente persona para que actúe en mi nombre en mi apelación. Autorizo al Departamento a que dé a esta persona cualquier información referente a mi caso.

Nombre del representante autorizado

Domicilio del representante autorizado

Firma de la persona que solicita la audiencia con el estado | Fecha en que se firmó

RIGHT TO REQUEST A STATE HEARING

1. You have the right to a conference with representatives of the county social services department to talk about this intended action. At such a conference, you may speak for yourself or be represented by a lawyer, a friend or other spokesperson. If you want a conference, contact your county department.

2. Whether you request a conference or not, you also have the right to request a State Hearing and decision by the Director of the State Department of Social Services (see form below). Your request may be written or oral but it must state that you want a hearing and why you are dissatisfied. **YOUR REQUEST FOR A HEARING MUST BE MADE WITHIN 90 DAYS OF THE MAILING DATE OF THIS NOTICE.**

3. **IF YOU REQUEST A STATE HEARING ANYTIME BEFORE THE EFFECTIVE DATE OF THE COUNTY'S PROPOSED ACTION, YOUR SERVICES MAY CONTINUE UNTIL THE HEARING.** You will not be liable for repayment of services monies received pending the hearing, even if the result is a denial, provided your request is made in good faith.

4. You may request a State Hearing on your own, or you may ask your county department for assistance. In either case, however, be sure to inform your county department worker as soon as possible.

5. At a State Hearing you have the right to be represented by an attorney or any other person (a friend, relative, or other spokesman), of your choice. You may obtain free legal advice and the services of a lawyer. If free legal representation is available locally, the telephone number and/or address is listed above. You may also contact the nearest social service rights organization for assistance in presenting your claim.

_____

_____

_____

6. State regulations governing State Hearings for social services are available at this office of the county social services department.

7. Information Practices - The information you are requested to provide is mandatory in order to process your request for a State Hearing pursuant to W&IC 10950. A case file will be established by the Office of the Chief Referee. You have the right to examine the materials that constitute the record for decision. Any information you provide may be shared with the county social services department or the United States Department of Health and Human Services.

If you wish to make a **written** *request for a State Hearing, please send this page to:*

To make an **oral** *request for a State Hearing or further to obtain information about your State Hearing rights or files you may contact:*

Public Inquiry and Response
State Department of Social Services
(800) 952-5253 (toll-free number)*
TDD (800) 952-8349 * For Deaf Only

* *You may have to dial "1" first.*

REQUEST FOR STATE HEARING

Name (Last, First, Middle Initial) | Phone No. | Social Security No.

Address | City | State | Zip Code

I hereby request a State Hearing before the State Department of Social Services on the action taken by the County regarding my social services. The reasons for my request are as follows:

_____

_____

_____

I have trouble understanding English, therefore I request an interpreter for my hearing in the following: | Language | Dialect

Signature | Date Signed

AUTHORIZED REPRESENTATIVE

I have authorized the following person to act on my behalf in my appeal. I authorize the Department to release any or all information about my case to that person

Name of Authorized Representative

Address of Authorized Representative

Signature of State Hearing Applicant | Date Signed

Su Derecho A Apelar Esta Acción

Si usted no está satisfecho con la acción descrita en el otro lado, o con cualquier otra acción del condado, puede pedir una audiencia ante un árbitro del Departamento de Servicios Sociales del Estado. Esta audiencia se lleva a cabo de una manera informal para asegurar que todos los presentes puedan hablar francamente. Si usted decide pedir una audiencia, tiene que hacerlo **DENTRO DE LOS 90 DÍAS DE LA FECHA DE ESTE AVISO.**

CÓMO PEDIR UNA AUDIENCIA

La mejor forma de pedir una audiencia es llenar y enviar este aviso completo a:

También puede pedir una audiencia llamando al número gratuito de Preguntas y Respuestas al Público.

Preguntas y Respuestas al Público (Información Pública)

Número Gratuito: (800) 952-5253 *

Teléfono para sordos solamente (TTY): (800) 952-5434

* Quizás tenga que marcar el número 1 primero.

La Oficina Estatal de Preguntas y Respuestas al Público puede darle más información sobre sus derechos en la audiencia o sobre sus archivos u otros asuntos relacionados con asistencia pública. También hay asistencia disponible en algunos otros idiomas además de inglés, incluyendo el español. Puede llamar por teléfono, escribir, o venir a la oficina en:

Oficina de Preguntas y Respuestas al Público
(Public Inquiry and Response)
Departamento Estatal de Servicios Sociales
744 P Street, Mail Station 16-23
Sacramento, CA 95814

REPRESENTANTE AUTORIZADO

Usted puede ser su propio representante en la audiencia. También puede estar representado por un amigo, abogado o cualquier otra persona, pero usted tiene que hacer los arreglos para tener su representante. Puede recibir ayuda para localizar asistencia legal gratuita si llama al teléfono gratuito de Preguntas y Respuestas al Público. Si usted arregla para tener un representante antes de la audiencia, se le enviarán a él copias duplicadas de la información relacionada con la audiencia. La parte baja de esta forma, Declaración de Autorización, puede usarse para nombrar un representante, o usted puede preparar una declaración escrita por separado autorizando a cualquier persona para actuar en su nombre. También puede llamar a nuestro teléfono gratuito para darnos esta información.

Petición Para Una Audiencia

Nombre _____ Número de Teléfono ( )

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

Estoy solicitando una audiencia a causa de una acción del departamento de bienestar del Condado de _____

relacionada con el recibo de Ayuda Provisional. Las razones para mi petición son las siguientes: _____

Yo hablo un idioma que no es inglés y necesito un intérprete para mi audiencia. (El estado proveerá un intérprete sin costo alguno para usted.)

Idioma _____ Dialecto _____

Firma _____ Fecha _____

La información que usted dé en esta forma se necesita para procesar su solicitud para una audiencia, y el proceso puede retardarse si su petición está incompleta. La Oficina del Jefe de Árbitros establecerá un archivo de su caso. Tiene derecho a examinar los materiales contenidos en el archivo y puede hacerlo llamando a la Oficina de Preguntas y Respuestas al Público. Cualquier información que usted dé puede ser compartida con la oficina del bienestar del condado y el Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los Estados Unidos. Autoridad: W&IC 10950.

Declaración de Autorización

La siguiente persona está de acuerdo en ayudarme con mi audiencia: _____

Nombre del Representante Autorizado

Dirección _____ Ciudad _____

Estado _____ Zona Postal _____ Número de Teléfono _____

Autorizo a su oficina para que dé parte de o toda la información concerniente a mi audiencia a él ella.

Firmado _____ Solicitante o Recipiente

Firmado _____ Representante Autorizado

Your Right To Appeal This Action

If you are dissatisfied with the action described on the other side, or any other county action, you may request a state hearing before a Hearing Officer of the State Department of Social Services. This hearing will be conducted in an informal manner to assure that everyone present is able to speak freely. Your county worker can help you request a hearing. If you decide to request a hearing you must do so WITHIN 90 DAYS OF THE DATE OF THIS NOTICE.

How to Request a State Hearing

The best way to request a hearing is to fill in and send this entire notice to:

You may also request a hearing by calling the toll–free number of Public Inquiry and Response.

Public Inquiry and Response (Public Information)

Toll–Free Number: (800) 952–5253 *

Teletypewriter (TTY) only: (800) 952–5434 *

*You may have to dial "1" first.

The State Public Inquiry and Response Unit can provide you with further information about your hearing rights or files or other welfare related matters. Assistance is also available in some languages other than English, including Spanish. You may phone, write, or come in.

Public Inquiry and Response
State Department of Social Services
744 P Street, Mail Station 16–23
Sacramento, CA 95814

Authorized Representative

You can represent yourself at the state hearing. You can also be represented by a friend, attorney or any other person, but you are expected to arrange for the representative yourself. You can get help in locating free legal assistance by calling the toll–free number of Public Inquiry and Response. If you arrange for a representative before the hearing, your representative will be sent duplicate copies of information related to the hearing. The bottom portion of this form, Statement of Authorization, may be used to appoint a representative, or you may prepare a separate written statement authorizing someone to act on your behalf. You may also call our toll–free number to provide this information.

Request for a State Hearing

NAME _____ PHONE NUMBER ( )

ADDRESS _____ CITY _____ STATE _____ ZIP CODE _____

I am requesting a state hearing because of an action by the welfare department of _____ county regarding the receipt of an Interim Assistance. The reasons for my request are as follows: _____

I speak a language other than English and need an interpreter for my hearing. (The state will provide the interpreter at no cost to you.)

LANGUAGE _____ DIALECT _____

SIGNATURE _____ DATE _____

The information you provide on this form is needed to process your request for a hearing, and processing may be delayed if your request is incomplete. A case file will be set up by the Chief Referee. You have a right to examine the materials that make up the file and may do so by contacting Public Inquiry and Response. Any information you provide may be shared with the county welfare department and the U.S. Department of Health, Education and Welfare. Authority: W&IC 10950.

STATEMENT OF AUTHORIZATION

The following person has agreed to help me with my hearing. _____
NAME OF AUTHORIZED REPRESENTATIVE

ADDRESS _____ CITY _____ STATE _____ ZIP CODE _____ PHONE NUMBER _____

I authorize your office to release any or all information concerning my hearing to him/her

SIGNED _____ APPLICANT OR RECIPIENT

SIGNED _____ AUTHORIZED REPRESENTATIVE

SU DERECHO A APELAR ESTA ACCIÓN

Si usted no está satisfecho con la acción descrita en el otro lado, o con cualquier otra acción del condado, puede pedir una audiencia ante un Árbitro del Departamento de Servicios Sociales del Estado. Esta audiencia se llevará a cabo de una manera informal para asegurar que todos los presentes puedan hablar francamente. Puede pedir una Audiencia usted mismo o pedir ayuda a su trabajador social. Si decide pedir una audiencia usted mismo, la agencia de servicios sociales se pondrá en contacto con usted antes de la audiencia para resolver el problema, ayudarle en su reclamación, o contestar sus preguntas.

Si decide solicitar una audiencia, tiene que hacerlo **DENTRO DE LOS 90 DÍAS DE LA FECHA DE ESTE AVISO.**

SI ENVÍA POR CORREO SU PETICIÓN PARA UNA AUDIENCIA DENTRO DE LOS 10 DÍAS DE LA FECHA DE ESTE AVISO, SU SERVICIO PUEDE CONTINUAR HASTA LA AUDIENCIA. Usted no será responsable de la devolución del pago de los servicios recibidos hasta la audiencia, aunque el resultado sea negativo, siempre que su petición haya sido hecha en buena fe.

Las regulaciones estatales que gobiernan las Audiencias del Estado para servicios sociales están disponibles en el departamento de servicios sociales del condado.

Representante Autorizado

Usted puede ser su propio representante en la audiencia. También puede estar representado por un amigo, abogado, o cualquier otra persona, pero usted tiene que hacer sus arreglos para el representante. Puede recibir ayuda para localizar asistencia legal gratuita llamando al número gratuito de la oficina de Preguntas y Respuestas al Público.

Cómo Pedir Una Audiencia

La mejor manera de pedir una audiencia es llenar y enviar este aviso entero a:

También puede pedir una audiencia llamando al número gratuito de la Oficina de Preguntas y Respuestas al Público.

Public Inquiry and Response (Información al Público)

Número Gratuito: (800) 952-5253*

Número de teléfono sólo para personas sordas (TTY): (800) 952-5434*

Quizás tenga que marcar el número "1" primero.

La Oficina Estatal de Preguntas y Respuestas al Público puede darle más información sobre sus derechos en la audiencia, o archivos, u otros asuntos relacionados con servicios sociales. También hay ayuda disponible en algunos otros idiomas además de inglés, incluyendo español. Puede llamar por teléfono, escribir, o visitar la oficina en:

Oficina de Preguntas y Respuestas al Público.
Departamento de Servicios Sociales del Estado
744 P Street, Mail Station 16-23
Sacramento, CA 95814

SOLICITUD PARA UNA AUDIENCIA ESTATAL

Nombre | Número de teléfono ( ) | Número de Seguro Social

Dirección | Ciudad | Estado | Zona Postal

Por la presente solicito una audiencia estatal a causa de la acción de:

Las razones para mi solicitud son las siguientes:

Yo hablo un idioma que no es inglés y necesito un intérprete para mi audiencia. Idioma | Dialecto
(El estado le proveerá un intérprete sin costo alguno para usted).

REPRESENTANTE AUTORIZADO

Yo he autorizado a la siguiente persona para que actúe en mi favor en mi apelación. Yo autorizo al Departamento para que entregue cualquier o toda la información sobre mi caso a esa persona.

Nombre del Representante Autorizado

Dirección del Representante Autorizado

Firma del Solicitante de la Audiencia | Fecha en que se firma

La información que usted dé en esta forma se necesita para procesar su solicitud para una audiencia y el proceso puede retardarse si su petición está incompleta. La Oficina del Jefe de Arbitros establecerá un archivo de su caso. Tiene derecho a examinar los materiales contenidos en el archivo y puede hacerlo llamando a la Oficina de Preguntas y Respuestas al Público. Cualquier información que usted dé puede ser compartida con el departamento de bienestar del condado, o el Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los Estados Unidos. Autoridad: W&IC 10950.

83165-080 2500 DUP - OSP

YOUR RIGHT T APPEAL THIS ACT ON

If you are dissatisfied with the action described on the other side, or any other action of the social services agency, you may request a State Hearing before a Hearing Officer of the State Department of Social Services. This hearing will be conducted in an informal manner to assure that everyone present is able to speak freely. You may request a State Hearing on your own or you may ask your social worker for assistance. Should you request a hearing on your own, the social services agency will contact you before the hearing to either resolve the problem, assist your appeal, or answer your questions.

If you decide to request a hearing, you must do so **WITHIN 90 DAYS OF THE DATE OF THIS NOTICE.**

IF YOU MAIL YOUR REQUEST FOR A HEARING WITHIN 10 DAYS OF THE DATE OF THIS NOTICE, YOUR SERVICE MAY CONTINUE UNTIL THE HEARING. You will not be liable for repayment of services received pending the hearing, even if the result is a denial, provided your request is made in good faith.

State regulations governing State Hearings for social services are available at the county social services department.

Authorized Representative

You can represent yourself at the state hearing. You can also be represented by a friend, attorney, or any other person, but you are expected to arrange for the representative yourself. You can get help in locating free legal assistance by calling the toll-free number of Public Inquiry and Response.

How to Request a State Hearing

The best way to request a hearing is to fill in and send this entire notice to:

You may also request a hearing by calling the toll-free number of Public Inquiry and Response.

Public Inquiry and Response (Public Information)

TOLL-FREE NUMBER: (800) 952-5253*

TDD (800) 952-8349* For Deaf Only

***You may have to dial "1" first.**

The State Public Inquiry and Response Unit can provide you with further information about your hearing rights or files or other social service-related matters. Assistance is also available in some languages other than English, including Spanish. You may phone, write, or come in:

Public Inquiry and Response
State Department of Social Services
744 P Street, Mail Station 16-23
Sacramento, CA 95814

REQUEST FOR A STATE HEARING

Name | Phone No. | Social Security No.

Address | City | State | Zip Code

I hereby request a state hearing because of the action of:

The reasons for my request are as follows:

I speak a language other than English and need an interpreter for my hearing. (The State will provide the interpreter at no cost to you.) | Language | Dialect

AUTHORIZED REPRESENTATIVE

I authorize the following person to act on my behalf in my appeal. I authorize the release of information to that person.

Name of Authorized Representative

Address of Authorized Representative

Signature | Date Signed

The information you provide on this form is needed to process your request for a hearing, and processing may be delayed if your request is incomplete. A case file will be set up by the Chief Referee. You have a right to examine the materials that make up the file and may do so by contacting Public Inquiry and Response. Any information you provide may be shared with the social services agency or the U.S. Department of Health and Human Services. Authority: W&IC 10950.

Your Right to Appeal This Action

If you are dissatisfied with the action described on the other side, or any other county action, you may request a state hearing before a Hearing Officer of the State Department of Social Services. This hearing will be conducted in an informal manner to assure that everyone present is able to speak freely. Your county worker can help you request a hearing. If you decide to request a hearing you must do so WITHIN 90 DAYS OF THE DATE OF THIS NOTICE.

How to Request a State Hearing

The best way to request a hearing is to fill in and send this entire notice to:

You may also request a hearing by calling the toll-free number of Public Inquiry and Response.

Public Inquiry and Response (Public Information)

Toll-Free Number: (800) 952-5253*

TDD (800) 952-8349* For Deaf Only

*You may have to dial "1" first.

The State Public Inquiry and Response Unit can provide you with further information about your hearing rights or files or other welfare related matters. Assistance is also available in some languages other than English, including Spanish. You may phone, write, or come in.

Public Inquiry and Response
State Department of Social Services
744 P Street, Mail Station 16-23
Sacramento, CA 95814

Authorized Representative

You can represent yourself at the state hearing. You can also be represented by a friend, attorney or any other person, but you are expected to arrange for the representative yourself. You can get help in locating free legal assistance by calling the toll-free number of Public Inquiry and Response. If you arrange for a representative before the hearing, your respresentative will be sent duplicate copies of information related to the hearing. The bottom portion of this form, Statement of Authorization, may be used to appoint a representative, or you may prepare a separate written statement authorizing someone to act on your behalf. You may also call our toll-free number to provide this information.

Request for a State Hearing

NAME _____ PHONE NUMBER ( )

ADDRESS _____ CITY _____ STATE _____ ZIP CODE _____

I am requesting a state hearing because of an action by the welfare department of _____ county regarding the receipt of a special circumstances allowance. The reasons for my request are as follows: _____

I speak a language other than English and need an interpreter for my hearing. (The state will provide the interpreter at no cost to you.)

LANGUAGE _____ DIALECT _____

SIGNATURE _____ DATE _____

The information you provide on this form is needed to process your request for a hearing, and processing may be delayed if your request is incomplete. A case file will be set up by the Chief Referee. You have a right to examine the materials that make up the file and may do so by contacting Public Inquiry and Response. Any information you provide may be shared with the county welfare department and the U.S. Department of Health and Human Services. Authority: W&IC 10950.

STATEMENT OF AUTHORIZATION

The following person has agreed to help me with my hearing: _____
NAME OF AUTHORIZED REPRESENTATIVE

ADDRESS _____ CITY _____ STATE _____ ZIP CODE _____ PHONE NUMBER _____

I authorize your office to release any or all information concerning my hearing to him/her.

SIGNED: _____ APPLICANT OR RECIPIENT

SIGNED: _____ AUTHORIZED REPRESENTATIVE

Su derecho a apelar esta acción

Si usted no está satisfecho con la acción descrita en el otro lado, o con cualquier otra acción del condado, puede pedir una audiencia ante un Arbitro del Departamento de Servicios Sociales del Estado. Esta audiencia se lleva a cabo de una manera informal para asegurar que todos los presentes puedan hablar francamente. Su trabajador(a) del condado o de adopción le puede ayudar a pedir una audiencia. Si usted decide pedir una audiencia, tiene que hacerlo DENTRO DE LOS 90 DIAS DE LA FECHA DE ESTE AVISO.

ESTAMPILLAS PARA COMIDA† Y ASISTENCIA MONETARIA: Si esta acción termina o reduce sus estampillas para comida o su asistencia monetaria y usted pide una audiencia antes de la fecha efectiva de la acción, sus beneficios pueden continuar sin ser cambiados bajo ciertas circunstancias hasta la fecha de la audiencia o hasta que reciba la decisión de tal audiencia. No continuará recibiendo estampillas para comida después de que se termine su período actual de certificación.

Representante autorizado

Usted puede ser su propio representante en la audiencia. También puede estar representado por un amigo, abogado o cualquier otra persona, pero los arreglos para tener tal representante tienen que ser hechos por usted mismo. Puede recibir ayuda para localizar asistencia legal gratuita si llama al teléfono gratuito de Public Inquiry and Response (Preguntas y Respuestas al Público).

Cómo pedir una audiencia

La mejor manera de pedir una audiencia es llenar y enviar este aviso entero a:

También puede pedir una audiencia si llama al número gratuito de la oficina de Preguntas y Respuestas al Público.

Oficina de Preguntas y Respuestas al Público (Información pública)

Número gratuito: (800) 952-5253*

Sólo para los sordos: TDD (800) 952-8349*

* Posiblemente tenga que marcar el número "1" primero.

La Oficina Estatal de Preguntas y Respuestas al Público puede proporcionarle más información sobre sus derechos o archivos tocante a la audiencia, o sobre otros asuntos relacionados con asistencia pública. También hay asistencia disponible en algunos otros idiomas además del inglés, incluyendo el español. Puede llamar por teléfono, escribir o visitar la oficina en la siguiente dirección:

Public Inquiry and Response
State Department of Social Services
744 P Street, Mail Station 16-23
Sacramento, CA 95814

Petición para una audiencia

Nombre _____ Número de teléfono ( )

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

Estoy solicitando una audiencia con el estado a causa de una acción del departamento de bienestar del condado de _____ relacionada con ☐ Asistencia monetaria ☐ Estampillas para comida ☐ Medi-Cal ☐ Pagos del Programa de Asistencia para Adopción de mi familia.

Las razones para mi petición son:

_____

_____

_____

Yo hablo un idioma que no es inglés y necesito un intérprete para mi audiencia. (El estado le proveerá un intérprete sin costo alguno para usted.)

Idioma _____ Dialecto _____

†Si solicita una audiencia con el estado y sus beneficios continúan sin ser cambiados, el condado puede recobrar como un pago excesivo la asistencia monetaria y el valor de las estampillas para comida a las cuales la decisión de la audiencia determine que usted no era elegible. Si continúa calificando para recibir asistencia monetaria después de la audiencia, y no tiene otros ingresos o recursos, su pago mensual se reducirá en un 10% cada mes hasta que la cantidad total de dicho pago excesivo se haya recobrado. Si tiene otros ingresos o propiedades a su disposición, la cantidad que se reducirá de su pago mensual cada mes será mayor.

Marque aquí si quiere que sus beneficios se reduzcan o descontinúen ya, de acuerdo con lo descrito en esta Notificación de Acción.

☐ Asistencia Monetaria ☐ Estampillas para Comida

Si marcó la(s) casilla(s) y la decisión de la audiencia es a su favor, se le compensará por cualesquier beneficios que haya perdido.

Firma _____ Fecha _____

La información que usted dé en esta forma se necesita para procesar su solicitud para una audiencia y el proceso puede retardarse si su petición está incompleta. La Oficina del Jefe de Arbitros establecerá un expediente de su caso. Tiene derecho a examinar los documentos contenidos en el expediente y puede hacerlo llamando a la oficina de Preguntas y Respuestas al Público. Cualquier información que usted dé puede ser compartida con el departamento de bienestar del condado, el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, o el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos. Autoridad: W&IC 10950.

Your Right to Appeal This Action

If you are dissatisfied with the action described on the other side, or any other county action, you may request a state hearing before a Hearing Officer of the State Department of Social Services. This hearing will be conducted in an informal manner to assure that everyone present is able to speak freely. Your county or adoption worker can help you request a hearing. If you decide to request a hearing you must do so WITHIN 90 DAYS OF THE MAILING DATE OF THIS NOTICE.

FOOD STAMPS AND CASH AID†: If this action stops or reduces your food stamps or cash aid and you ask for a hearing before the effective date of the action, your benefits may continue unchanged under certain circumstances until the hearing or until you receive your hearing decision. Food Stamps will not continue past the end of your current certification period.

Authorized Representative

You can represent yourself at the state hearing. You can also be represented by a friend, attorney or any other person, but you are expected to arrange for the representative yourself. You can get help in locating free legal assistance by calling the toll-free number of Public Inquiry and Response.

How to Request a State Hearing

The best way to request a hearing is to fill in and send this entire notice to:

You may also request a hearing by calling the toll-free number of Public Inquiry and Response.

Public Inquiry and Response (Public Information)

Toll-Free Number: (800) 952-5253*

For the Deaf Only TDD (800) 952-8349*

*You may have to dial "1" first.

The State Public Inquiry and Response Unit can provide you with further information about your hearing rights or files or other welfare-related matters. Assistance is also available in some languages other than English, including Spanish. You may phone, write or come in.

Public Inquiry and Response
State Department of Social Services
744 P Street, Mail Station 16-23
Sacramento, CA 95814

Request for a State Hearing

Name _____ Phone number ( )

Address _____ City _____ State _____ Zip Code _____

I am requesting a state hearing because of an action by the welfare department of _____ county related to my family's: ☐ Cash Aid ☐ Food Stamps ☐ Medi-Cal ☐ Adoption Assistance Program Payments

Reasons for my request:

☐ I speak a language other than English and need an interpreter for my hearing. (The state will provide the interpreter at no cost to you.)

Language _____ Dialect _____

†If you request a state hearing and your benefits continue unchanged, the county can recover as an overpayment the cash aid and value of food stamps the hearing decision finds you were not eligible for. If you remain eligible to receive cash aid after the hearing, and you have no other income or resources, your grant will be reduced by 10% each month until the full amount of such overpayment is collected. If you do have other income or available property, the amount your grant will be reduced each month will be greater.

Check here if you want your benefits reduced or discontinued now, as described in this Notice of Action.

☐ Cash Aid ☐ Food Stamps

If you checked the box(es) and the hearing decision is in your favor, any lost benefits will be made up.

Signature _____ Date _____

The information you provide on this form is needed to process your request for a hearing, and processing may be delayed if your request is incomplete. A case file will be set up by the Chief Referee. You have a right to examine the materials that make up the file and may do so by contacting Public Inquiry and Response. Any information you provide may be shared with the county welfare department, with the U.S. Department of Health and Human Services, or the U.S. Department of Agriculture. Authority W&IC 10950.

Attachment I

FORMS TO BE PRINTED WITH NA 5 BACK:

NA SERIES:	RESPONSIBLE PROGRAM
960X	FOOD STAMPS
960X (SP)	" "
960Y	" "
960Y (SP)	" "
791	FOSTER CARE
791 (SP)	" "
201	AFDC
222	" "
222 (SP)	" "
273	" "
273 (SP)	" "
290	" "
290 (SP)	" "
291	" "
291 (SP)	" "
294	" "
294 (SP)	" "
990N	" "
991	REFUGEE SERVICES
991 (SP)	" "

DFA SERIES:	RESPONSIBLE PROGRAM
377.1	FOOD STAMPS
377.1 (SP)	" "
377.2	" "
377.2 (SP)	" "
377.4	" "
377.4 (SP)	" "
377.5	" "
377.5 (SP)	" "
377.7A	" "
377.7A (SP)	" "
377.7B	" "
377.7B (SP)	" "
377.9	" "
377.9 (SP)	" "
377.10	" "
377.10 (SP)	" "

FORMS TO BE PRINTED WITH NA520 BACK:

NA 520	IHSS
NA 520 (SP)	" "

FORMS TO BE PRINTED WITH IHSS BACK:

690	IHSS
690 (SP)	" "
690A	" "
690A (SP)	" "
690B	" "
690B (SP)	" "
690C	" "
690C (SP)	" "

FORMS TO BE PRINTED WITH SSP 17 BACK:

SSP 17	ADULT PROGRAMS
SSP 17 (SP)	" "

FORMS TO BE PRINTED WITH SSP 4B BACK:

SSP 4B	ADULT PROGRAMS

RIGHT TO REQUEST A STATE HEARING

1. You have the right to a conference with representatives of the county social services department to talk about this intended action. At such a conference, you may speak for yourself or be represented by a lawyer, a friend or other spokesperson. If you want a conference, contact your county department.

2. Whether you request a conference or not, you also have the right to request a State Hearing and decision by the Director of the State Department of Social Services (see form below). Your request may be written or oral but it must state that you want a hearing and why you are dissatisfied. **YOUR REQUEST FOR A HEARING MUST BE MADE WITHIN 90 DAYS OF THE MAILING DATE OF THIS NOTICE.**

3. **IF YOU REQUEST A STATE HEARING ANYTIME BEFORE THE EFFECTIVE DATE OF THE COUNTY'S PROPOSED ACTION, YOUR SERVICES MAY CONTINUE UNTIL THE HEARING.** You will not be liable for repayment of services monies received pending the hearing, even if the result is a denial, provided your request is made in good faith.

4. You may request a State Hearing on your own, or you may ask your county department for assistance. In either case, however, be sure to inform your county department worker as soon as possible.

5. At a State Hearing you have the right to be represented by an attorney or any other person (a friend, relative, or other spokesman), of your choice. You may obtain free legal advice and the services of a lawyer. If free legal representation is available locally, the telephone number and/or address is listed above. You may also contact the nearest social service rights organization for assistance in presenting your claim.

_____

_____

_____

_____

6. State regulations governing State Hearings for social services are available at this office of the county social services department.

7. Information Practices - The information you are requested to provide is mandatory in order to process your request for a State Hearing pursuant to W&IC 10950. A case file will be established by the Office of the Chief Referee. You have the right to examine the materials that constitute the record for decision. Any information you provide may be shared with the county social services department or the United States Department of Health and Human Services.

If you wish to make a **written** *request for a State Hearing, please send this page to:*

To make an **oral** *request for a State Hearing or further to obtain information about your State Hearing rights or files you may contact:*

Public Inquiry and Response
State Department of Social Services
(800) 952-5253 (toll-free number)*
TDD (800) 952-8349 * For Deaf Only

* *You may have to dial "1" first.*