STATE OF CALIFORNIA—HEALTH AND WELFARE AGENCY

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

August 25, 1995

ALL-COUNTY LETTER NO. 95-48

TO: ALL COUNTY WELFARE DIRECTORS

REASON FOR THIS TRANSMITTAL

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

SUBJECT: REVISED FOOD STAMP FORMS: **DFA 377.7B**, "FOOD STAMP NOTICE FOR INADVERTENT HOUSEHOLD ERRORS ONLY;" **DFA 377.7B1**, "FOOD STAMP REPAYMENT NOTICE FOR INADVERTENT HOUSEHOLD ERRORS ONLY, FINAL NOTICE;" **DFA 377.7D**, "FOOD STAMP REPAYMENT NOTICE FOR ADMINISTRATIVE ERRORS ONLY;" **DFA 377.7F**, "FOOD STAMP REPAYMENT NOTICE FOR AN INTENTIONAL PROGRAM VIOLATION ONLY;" AND THE **DFA 377.7F1**, "FOOD STAMP NOTICE FOR AN INTENTIONAL PROGRAM VIOLATION, FINAL NOTICE"

REFERENCE: ALL COUNTY LETTER #93-83

This letter transmits revised copies of the five notices listed above. The revision resulted in warning language required due to the Anderson v. McMahon court case. Verbatim language is required to be used to be in compliance with the court order. Therefore, we are simply adding the warning to each form so that we can utilize the corrected forms as quickly as possible. The following warning has been added to each notice:

> **Warning:** If you believe this overissuance is wrong, this is your last chance to ask for a hearing. If you stay on food stamps the county can lower your food stamps to collect the overissuance. If you go off food stamps before the overissuance is paid back, the county may take what you owe out of your income tax refund.

It is anticipated that additional changes to the forms dealing with duplicative language and any other issues needing to be addressed will be made within the next six months.

STOCK

The California Department of Social Services (CDSS) warehouse will no longer stock the earlier versions of the DFA 377.7B, B1, D, F, and F1. Counties may continue to use current stock (10/93) of the forms until the revised notices are available from the warehouse.

Note: The DFA 377.7B, B1, D, F, and F1 are required forms.

TRANSLATIONS

Counties that need a camera-ready copy of the forms should call:

- For English and Spanish: the Forms Management Bureau at (916) 657-1907 or CALNET 437-1984.
- For the Asian language versions (Chinese, Cambodian, and Vietnamese): the Language Services Bureau at (916) 654-1305 and CALNET at 464-1305. These translations will be forwarded to the County Forms Coordinator when they are available.

If you have any questions or comments regarding this letter, please contact Melissa Buchanan of the Food Stamp Program Bureau at (916) 654-8467.

Sincerely,

BRUCE WAGSTAFF
Acting Deputy Director
Welfare Programs Division

Attachments

COUNTY OF

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND WELFARE AGENCY
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

FOOD STAMP REPAYMENT NOTICE FOR INADVERTENT HOUSEHOLD ERRORS ONLY

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 unless you already had a hearing on the amount you owe. The back of this page tells how. Your benefits may not be changed if you ask for a hearing before this action takes place.

You or a member of your household made a mistake.

Too many Food Stamps were issued to:

☐ You.
☐ _____, whom you sponsor.

Here's why:

You must repay the extra Food Stamps.

$_____ in extra Food Stamps were issued for the period _____. This amount was reduced by $_____ because we owed the household benefits from past months or we received repayment of part of the amount owed. You now owe $_____.

- You do not have to use any Social Security or SSI benefits you get to repay this overissuance.

Rules: These rules apply. You may review them at your welfare office: MS 63-801.21

YOU MUST EITHER:

- Pay in full, or
- Sign the Repayment Agreement and pay as agreed.
  - Complete, sign and return the enclosed Repayment Agreement (DFA 377.7C).
  - Your repayment agreement will be based on your current ability to pay as figured by the county. Any changes in your ability to pay may change your monthly payments.

☐ If you do not sign and return the agreement within 30 days after the date of this notice the amount of Food Stamps you get will be reduced to $_____ beginning _____.

- If you do not agree to pay, the county may use other ways of collecting the amount owed such as through the courts.
- If this inadvertent household error is later found to be an intentional program violation, penalties will apply even if you agree to pay back what you owe.
- If the county sues you for the amount due, you may also be required to pay court costs.
- If you do not pay the amount owed, the county may take your state income tax refund and/or ask the court to attach your wages or any property you own.

Warning: If you believe this overissuance is wrong, this is your last chance to ask for a hearing. If you stay on food stamps the county can lower your food stamps to collect the overissuance. If you go off food stamps before the overissuance is paid back, the county may take what you owe out of your income tax refund.

YOUR HEARING RIGHTS

To Ask For a State Hearing

- You only have 90 days to ask for a hearing. The 90 days started the day after we gave or mailed you this notice.
- You have a much shorter time to ask for a hearing if you want to keep your same benefits.

To Keep Your Same Benefits While You Wait For a Hearing

You must ask for a hearing before the action takes place.

- Your Cash Aid will stay the same until your hearing.
- Your Medi-Cal will stay the same until your hearing.
- Your Food Stamps will stay the same until the hearing or the end of your certification period, whichever is earlier.
- Your Transitional Child Care (TCC) will stay the same until the hearing or the end of your eligibility period, whichever is earlier. **For all other child care programs, your benefits will NOT stay the same until your hearing.**
- If the hearing decision says we are right, you will owe us for any extra cash aid or food stamps you got.

To Have Your Benefits Cut Now

If you want your Cash Aid or Food Stamps cut while you wait for a hearing, check one or both boxes.

☐ Cash Aid ☐ Food Stamps

To Get Help

You can ask about your hearing rights or free legal aid at the state information number.

Call toll free: 1-800-952-5253

If you are deaf and use TDD, call: 1-800-952-8349

You may get free legal help at your local legal aid office or welfare rights group.

Other Information

Child and/or Medical Support: The District Attorney's office will help you collect support even if you are not on cash aid. There is no cost for this help. If they now collect support for you, they will keep doing so unless you tell them in writing to stop. They will send you any current support money collected. They will keep past due money collected that is owed to the county.

Family Planning: Your welfare office will give you information when you ask for it.

Hearing File: If you ask for a hearing, the State Hearing Office will set up a file. You have the right to see this file. The State may give your file to the Welfare Department, the U.S. Department of Health and Human Services and the U.S. Department of Agriculture. (W. & I. Code Section 10950).

NA BACK 7

HOW TO ASK FOR A STATE HEARING

The best way to ask for a hearing is to fill out this page. Make a copy of the front and back for your records. Then, send or take this page to:

Your worker will get you a copy of this page if you ask. Another way to ask for a hearing is to call 1-800-952-5253. If you are deaf and use TDD, call: 1-800-952-8349.

HEARING REQUEST

I want a hearing because of an action by the Welfare Department of _____ County about my

☐ Cash Aid ☐ Food Stamps ☐ Medi-Cal ☐ Child Care

☐ Other (list) _____

Here's why: _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

☐ Check here and add a page if you need more space.

☐ I want the person named below to represent me at this hearing. I give my permission for this person to see my records or come to the hearing for me.

NAME _____

ADDRESS _____

_____

☐ I need a free interpreter.
My language or dialect is: _____

My name: _____

Address: _____

_____

Phone: _____

My case number: _____

My signature: _____

Date: _____

COUNTY OF

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND WELFARE AGENCY
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

FOOD STAMP REPAYMENT NOTICE
FOR INADVERTENT HOUSEHOLD ERRORS ONLY
FINAL NOTICE

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 unless you already had a hearing on the amount you owe. The back of this page tells how. Your benefits may not be changed if you ask for a hearing before this action takes place.

You or a member of your household made a mistake.
We told you before that you must repay the extra Food Stamps that were issued to:

☐ You.
☐ _____, whom you sponsor.

You still owe $ _____.

Warning: If you believe this overissuance is wrong, this is your last chance to ask for a hearing. If you stay on food stamps the county can lower your food stamps to collect the overissuance. If you go off food stamps before the overissuance is paid back, the county may take what you owe out of your income tax refund.

☐ YOU DID NOT AGREE TO REPAY:

- You can pay in full, or
- You can repay the extra Food Stamps by the terms you agree to on the enclosed Repayment Agreement (DFA 377.7C).
  - Complete, sign and return the enclosed Repayment Agreement.
  - Your repayment agreement will be based on your current ability to pay as figured by the county. Any changes in your ability to pay may change your monthly payments.
- You do not have to use any Social Security or SSI benefits you get to repay this overissuance.
- If this inadvertent household error is later found to be an intentional program violation, penalties will apply even if you agree to pay back what you owe.
- If you do not agree to pay, the county may use other ways of collecting the amount owed such as through the courts.
- If the county sues you for the amount due, you may also be required to pay court costs.
- If you do not pay the amount owed, the county may take your state income tax refund and/or ask the court to attach your wages or any property you own.

Rules: These rules apply. You may review them at your welfare office: MS 63-801.21

☐ YOU DID NOT REPAY AS AGREED:

- You must tell us when you cannot pay as agreed. You must explain why you cannot pay. You may ask the county to figure a new repayment plan.
  - Complete, sign and return the enclosed Repayment Agreement (DFA 377.7C).
  - ☐ If you are getting Food Stamp benefits and you do not return a new Repayment Agreement within 10 days after the date of this notice, your household's benefits will be reduced to $_____ beginning _____.
- If you do not pay as agreed and you do not get a new repayment plan, the county may ask that the total amount owed be paid now.
- If this inadvertent household error is later found to be an intentional program violation, penalties will apply even if you agree to pay back what you owe.
- If you do not pay as agreed, the county may use other ways of collecting the amount owed such as through the courts.
- If the county sues you for the amount due, you may also be required to pay court costs.
- If you do not pay as agreed, the county may take your state income tax refund and/or ask the court to attach your wages or any property you own.

YOUR HEARING RIGHTS

To Ask For a State Hearing

- You only have 90 days to ask for a hearing. The 90 days started the day after we gave or mailed you this notice.
- You have a much shorter time to ask for a hearing if you want to keep your same benefits.

To Keep Your Same Benefits While You Wait For a Hearing

You must ask for a hearing before the action takes place.

- Your Cash Aid will stay the same until your hearing.
- Your Medi-Cal will stay the same until your hearing.
- Your Food Stamps will stay the same until the hearing or the end of your certification period, whichever is earlier.
- Your Transitional Child Care (TCC) will stay the same until the hearing or the end of your eligibility period, whichever is earlier. **For all other child care programs, your benefits will NOT stay the same until your hearing.**
- If the hearing decision says we are right, you will owe us for any extra cash aid or food stamps you got.

To Have Your Benefits Cut Now

If you want your Cash Aid or Food Stamps cut while you wait for a hearing, check one or both boxes.

☐ Cash Aid ☐ Food Stamps

To Get Help

You can ask about your hearing rights or free legal aid at the state information number.

Call toll free: 1-800-952-5253

If you are deaf and use TDD, call: 1-800-952-8349

You may get free legal help at your local legal aid office or welfare rights group.

Other Information

Child and/or Medical Support: The District Attorney's office will help you collect support even if you are not on cash aid. There is no cost for this help. If they now collect support for you, they will keep doing so unless you tell them in writing to stop. They will send you any current support money collected. They will keep past due money collected that is owed to the county.

Family Planning: Your welfare office will give you information when you ask for it.

Hearing File: If you ask for a hearing, the State Hearing Office will set up a file. You have the right to see this file. The State may give your file to the Welfare Department, the U.S. Department of Health and Human Services and the U.S. Department of Agriculture. (W. & I. Code Section 10950).

NA BACK 7

HOW TO ASK FOR A STATE HEARING

The best way to ask for a hearing is to fill out this page. Make a copy of the front and back for your records. Then, send or take this page to:

Your worker will get you a copy of this page if you ask. Another way to ask for a hearing is to call 1-800-952-5253. If you are deaf and use TDD, call: 1-800-952-8349.

HEARING REQUEST

I want a hearing because of an action by the Welfare Department of _____ County about my

☐ Cash Aid ☐ Food Stamps ☐ Medi-Cal ☐ Child Care

☐ Other (list) _____

Here's why: _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

☐ Check here and add a page if you need more space.

☐ I want the person named below to represent me at this hearing. I give my permission for this person to see my records or come to the hearing for me.

NAME _____

ADDRESS _____

_____

☐ I need a free interpreter.
My language or dialect is: _____

My name: _____

Address: _____

_____

Phone: _____

My case number: _____

My signature: _____

Date: _____

COUNTY OF

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND WELFARE AGENCY
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

FOOD STAMP REPAYMENT NOTICE FOR ADMINISTRATIVE ERRORS ONLY

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 unless you already had a hearing on the amount you owe. The back of this page tells how. Your benefits may not be changed if you ask for a hearing before this action takes place.

The County Welfare Department made a mistake.

Too many Food Stamps were issued to you.

Here's why:

Warning: If you believe this overissuance is wrong, this is your last chance to ask for a hearing. If you stay on food stamps the county can lower your food stamps to collect the overissuance. If you go off food stamps before the overissuance is paid back, the county may take what you owe out of your income tax refund.

You must repay the extra Food Stamps.

$_____ in extra Food Stamps were issued for the period _____. This amount was reduced by $_____ because we owed the household benefits from past months or we received repayment of part of the amount owed. You now owe $_____.

- You do not have to use any Social Security or SSI benefits you get to repay this overissuance.

YOU MUST EITHER:

- Pay in full, or
- Sign the Repayment Agreement and pay as agreed.
  - Complete, sign and return the enclosed Repayment Agreement (DFA 377.7E).
  - Your repayment agreement will be based on your current ability to pay as figured by the county. Any changes in your ability to pay may change your monthly payments.

☐ If you do not sign and return the agreement within 30 days after the date of this notice, we cannot reduce the amount of Food Stamps you get.

However:

- If you do not agree to pay, the county may use other ways of collecting the amount owed such as through the courts.
- If the county sues you for the amount due, you may also be required to pay court costs.
- If you do not pay the amount owed, the county may take your state income tax refund and/or ask the court to attach your wages or any property you own.

Rules: These rules apply. You may review them at your welfare office: MS 63-801.22

YOUR HEARING RIGHTS

To Ask For a State Hearing

- You only have 90 days to ask for a hearing. The 90 days started the day after we gave or mailed you this notice.
- You have a much shorter time to ask for a hearing if you want to keep your same benefits.

To Keep Your Same Benefits While You Wait For a Hearing

You must ask for a hearing before the action takes place.

- Your Cash Aid will stay the same until your hearing.
- Your Medi-Cal will stay the same until your hearing.
- Your Food Stamps will stay the same until the hearing or the end of your certification period, whichever is earlier.
- Your Transitional Child Care (TCC) will stay the same until the hearing or the end of your eligibility period, whichever is earlier. **For all other child care programs, your benefits will NOT stay the same until your hearing.**
- If the hearing decision says we are right, you will owe us for any extra cash aid or food stamps you got.

To Have Your Benefits Cut Now

If you want your Cash Aid or Food Stamps cut while you wait for a hearing, check one or both boxes.

☐ Cash Aid ☐ Food Stamps

To Get Help

You can ask about your hearing rights or free legal aid at the state information number.

Call toll free: 1-800-952-5253

If you are deaf and use TDD, call: 1-800-952-8349

You may get free legal help at your local legal aid office or welfare rights group.

Other Information

Child and/or Medical Support: The District Attorney's office will help you collect support even if you are not on cash aid. There is no cost for this help. If they now collect support for you, they will keep doing so unless you tell them in writing to stop. They will send you any current support money collected. They will keep past due money collected that is owed to the county.

Family Planning: Your welfare office will give you information when you ask for it.

Hearing File: If you ask for a hearing, the State Hearing Office will set up a file. You have the right to see this file. The State may give your file to the Welfare Department, the U.S. Department of Health and Human Services and the U.S. Department of Agriculture. (W. & I. Code Section 10950).

NA BACK 7

HOW TO ASK FOR A STATE HEARING

The best way to ask for a hearing is to fill out this page. Make a copy of the front and back for your records. Then, send or take this page to:

Your worker will get you a copy of this page if you ask. Another way to ask for a hearing is to call 1-800-952-5253. If you are deaf and use TDD, call: 1-800-952-8349.

HEARING REQUEST

I want a hearing because of an action by the Welfare Department of _____ County about my

☐ Cash Aid ☐ Food Stamps ☐ Medi-Cal ☐ Child Care

☐ Other (list) _____

Here's why: _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

☐ Check here and add a page if you need more space.

☐ I want the person named below to represent me at this hearing. I give my permission for this person to see my records or come to the hearing for me.

NAME _____

ADDRESS _____

_____

☐ I need a free interpreter.
My language or dialect is: _____

My name: _____

Address: _____

_____

Phone: _____

My case number: _____

My signature: _____

Date: _____

COUNTY OF

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND WELFARE AGENCY
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

FOOD STAMP REPAYMENT NOTICE FOR AN INTENTIONAL PROGRAM VIOLATION (IPV) ONLY

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 unless you already had a hearing on the amount you owe. The back of this page tells how. Your benefits may not be changed if you ask for a hearing before this action takes place.

You or a member of your household broke a Food Stamp rule on purpose.

Too many Food Stamps were issued to:

☐ You.
☐ _____, whom you sponsor.

Here's why:

You must repay the extra Food Stamps.

$_____ in extra Food Stamps were issued for the period _____. This amount was reduced by $_____ because we owed the household benefits from past months or we received repayment of part of the amount owed. You now owe $_____.

- You do not have to use any Social Security or SSI benefits you get to repay this overissuance.

Rules: These rules apply. You may review them at your welfare office: MS 63-801.32

YOU MUST EITHER:

- Pay in full, or
- Sign the Repayment Agreement and pay as agreed.
  - Complete, sign and return the enclosed Repayment Agreement (DFA 377.7G).
  - Your repayment agreement will be based on your current ability to pay as figured by the county. Any changes in your ability to pay may change your monthly payments.

☐ If you do not sign and return the agreement within 30 days after the date of this notice the amount of Food Stamps you get will be reduced to $_____ beginning _____.

- If you do not agree to pay, the county may use other ways of collecting the amount owed such as through the courts.
- Even if you agree to pay back what you owe, IPV penalties will apply.
- If the county sues you for the amount due, you may also be required to pay court costs.
- If you do not pay the amount owed, the county may take your state income tax refund and/or ask the court to attach your wages or any property you own.

Warning: If you believe this overissuance is wrong, this is your last chance to ask for a hearing. If you stay on food stamps the county can lower you r food stamps to collect the overissuance. If you go off food stamps before the overissuance is paid back, the county may take what you owe out of your income tax refund.

YOUR HEARING RIGHTS

To Ask For a State Hearing

- You only have 90 days to ask for a hearing. The 90 days started the day after we gave or mailed you this notice.
- You have a much shorter time to ask for a hearing if you want to keep your same benefits.

To Keep Your Same Benefits While You Wait For a Hearing

You must ask for a hearing before the action takes place.

- Your Cash Aid will stay the same until your hearing.
- Your Medi-Cal will stay the same until your hearing.
- Your Food Stamps will stay the same until the hearing or the end of your certification period, whichever is earlier.
- Your Transitional Child Care (TCC) will stay the same until the hearing or the end of your eligibility period, whichever is earlier. **For all other child care programs, your benefits will NOT stay the same until your hearing.**
- If the hearing decision says we are right, you will owe us for any extra cash aid or food stamps you got.

To Have Your Benefits Cut Now

If you want your Cash Aid or Food Stamps cut while you wait for a hearing, check one or both boxes.

☐ Cash Aid ☐ Food Stamps

To Get Help

You can ask about your hearing rights or free legal aid at the state information number.

Call toll free: 1-800-952-5253

If you are deaf and use TDD, call: 1-800-952-8349

You may get free legal help at your local legal aid office or welfare rights group.

Other Information

Child and/or Medical Support: The District Attorney's office will help you collect support even if you are not on cash aid. There is no cost for this help. If they now collect support for you, they will keep doing so unless you tell them in writing to stop. They will send you any current support money collected. They will keep past due money collected that is owed to the county.

Family Planning: Your welfare office will give you information when you ask for it.

Hearing File: If you ask for a hearing, the State Hearing Office will set up a file. You have the right to see this file. The State may give your file to the Welfare Department, the U.S. Department of Health and Human Services and the U.S. Department of Agriculture. (W. & I. Code Section 10950).

NA BACK 7

HOW TO ASK FOR A STATE HEARING

The best way to ask for a hearing is to fill out this page. Make a copy of the front and back for your records. Then, send or take this page to:

Your worker will get you a copy of this page if you ask. Another way to ask for a hearing is to call 1-800-952-5253. If you are deaf and use TDD, call: 1-800-952-8349.

HEARING REQUEST

I want a hearing because of an action by the Welfare Department of _____ County about my

☐ Cash Aid ☐ Food Stamps ☐ Medi-Cal ☐ Child Care

☐ Other (list) _____

Here's why: _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

☐ Check here and add a page if you need more space.

☐ I want the person named below to represent me at this hearing. I give my permission for this person to see my records or come to the hearing for me.

NAME _____

ADDRESS _____

_____

☐ I need a free interpreter.
My language or dialect is: _____

My name: _____

Address: _____

_____

Phone: _____

My case number: _____

My signature: _____

Date: _____

COUNTY OF

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND WELFARE AGENCY
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

FOOD STAMP REPAYMENT NOTICE
FOR AN INTENTIONAL PROGRAM VIOLATION (IPV) ONLY
FINAL NOTICE

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 unless you already had a hearing on the amount you owe. The back of this page tells how. Your benefits may not be changed if you ask for a hearing before this action takes place.

You or a member of your household broke a Food Stamp rule on purpose.
We told you before that you must repay the extra Food Stamps that were issued to:

☐ You.
☐ _____, whom you sponsor.

You still owe $ _____.

Warning: If you believe this overissuance is wrong, this is your last chance to ask for a hearing. If you stay on food stamps the county can lower you r food stamps to collect the overissuance. If you go off food stamps before the overissuance is paid back, the county may take what you owe out of your income tax refund.

☐ YOU DID NOT AGREE TO REPAY:

- You can pay in full, or
- You can repay the extra Food Stamps by the terms you agree to on the enclosed Repayment Agreement (DFA 377.7G).
  - Complete, sign and return the enclosed Repayment Agreement.
  - Your repayment agreement will be based on your current ability to pay as figured by the county. Any changes in your ability to pay may change your monthly payments.
- You do not have to use any Social Security or SSI benefits you get to repay this overissuance.
- Even if you agree to pay back what you owe, IPV penalties will apply.
- If you do not agree to pay, the county may use other ways of collecting the amount owed such as through the courts.
- If the county sues you for the amount due, you may also be required to pay court costs.
- If you do not pay the amount owed, the county may take your state income tax refund and/or ask the court to attach your wages or any property you own.

Rules: These rules apply. You may review them at your welfare office: MS 63-801.32

☐ YOU DID NOT REPAY AS AGREED:

- You must tell us when you cannot pay as agreed. You must explain why you cannot pay. You may ask the county to figure a new repayment plan.
  - Complete, sign and return the enclosed Repayment Agreement (DFA 377.7G).
  - ☐ If you are getting Food Stamp benefits and you do not return a new Repayment Agreement within 10 days after the date of this notice, your household's benefits will be reduced to $_____ beginning _____.
- If you do not pay as agreed and you do not get a new repayment plan, the county may ask that the total amount owed be paid now.
- Even if you agree to pay back what you owe, IPV penalties will apply.
- If you do not pay as agreed, the county may use other ways of collecting the amount owed such as through the courts.
- If the county sues you for the amount due, you may also be required to pay court costs.
- If you do not pay as agreed, the county may take your state income tax refund and/or ask the court to attach your wages or any property you own.

YOUR HEARING RIGHTS

To Ask For a State Hearing

- You only have 90 days to ask for a hearing. The 90 days started the day after we gave or mailed you this notice.
- You have a much shorter time to ask for a hearing if you want to keep your same benefits.

To Keep Your Same Benefits While You Wait For a Hearing

You must ask for a hearing before the action takes place.

- Your Cash Aid will stay the same until your hearing.
- Your Medi-Cal will stay the same until your hearing.
- Your Food Stamps will stay the same until the hearing or the end of your certification period, whichever is earlier.
- Your Transitional Child Care (TCC) will stay the same until the hearing or the end of your eligibility period, whichever is earlier. **For all other child care programs, your benefits will NOT stay the same until your hearing.**
- If the hearing decision says we are right, you will owe us for any extra cash aid or food stamps you got.

To Have Your Benefits Cut Now

If you want your Cash Aid or Food Stamps cut while you wait for a hearing, check one or both boxes.

☐ Cash Aid ☐ Food Stamps

To Get Help

You can ask about your hearing rights or free legal aid at the state information number.

Call toll free: 1-800-952-5253

If you are deaf and use TDD, call: 1-800-952-8349

You may get free legal help at your local legal aid office or welfare rights group.

Other Information

Child and/or Medical Support: The District Attorney's office will help you collect support even if you are not on cash aid. There is no cost for this help. If they now collect support for you, they will keep doing so unless you tell them in writing to stop. They will send you any current support money collected. They will keep past due money collected that is owed to the county.

Family Planning: Your welfare office will give you information when you ask for it.

Hearing File: If you ask for a hearing, the State Hearing Office will set up a file. You have the right to see this file. The State may give your file to the Welfare Department, the U.S. Department of Health and Human Services and the U.S. Department of Agriculture. (W. & I. Code Section 10950).

NA BACK 7

HOW TO ASK FOR A STATE HEARING

The best way to ask for a hearing is to fill out this page. Make a copy of the front and back for your records. Then, send or take this page to:

Your worker will get you a copy of this page if you ask. Another way to ask for a hearing is to call 1-800-952-5253. If you are deaf and use TDD, call: 1-800-952-8349.

HEARING REQUEST

I want a hearing because of an action by the Welfare Department of _____ County about my

☐ Cash Aid ☐ Food Stamps ☐ Medi-Cal ☐ Child Care

☐ Other (list)_____

Here's why:_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

☐ Check here and add a page if you need more space.

☐ I want the person named below to represent me at this hearing. I give my permission for this person to see my records or come to the hearing for me.

NAME_____

ADDRESS_____

_____

☐ I need a free interpreter.
My language or dialect is: _____

My name: _____

Address: _____

_____

Phone: _____

My case number:_____

My signature: _____

Date: _____

CONDADO DE

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND WELFARE AGENCY
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

NOTIFICACION DE REEMBOLSO DE ESTAMPILLAS PARA COMIDA SOLAMENTE PARA ERRORES INVOLUNTARIOS DEL GRUPO PARA FINES DE ESTAMPILLAS PARA COMIDA

Fecha de la Notificación : _____
Nombre del caso : _____
Número : _____
Nombre del Trabajador(a) : _____
Número : _____
Teléfono : _____
Dirección : _____

(ADDRESSEE)

¿Tiene preguntas? Comuníquese con su trabajador(a).

Audiencia con el estado: Si usted cree que esta acción está equivocada, puede solicitar una audiencia a menos que ya haya tenido una audiencia sobre la cantidad que debe. 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.

Usted o un miembro de su grupo para fines de estampillas para comida cometió un error.

Se le expidieron estampillas para comida en exceso a:

☐ Usted.
☐ _____, a quien usted patrocina.

La razón es la siguiente:

Usted tiene que reembolsar las estampillas para comida adicionales. Se le expidieron $_____ en estampillas para comida extra para el período de _____. Se redujo esta cantidad $_____ porque le debíamos beneficios al grupo para fines de estampillas para comida correspondientes a meses anteriores o recibimos reembolso parcial de la cantidad que se debía. Ahora debe $_____.

- No tiene que usar beneficios que recibe del Seguro Social o del Ingreso Suplemental de Seguridad (SSI) para reembolsar esta emisión excesiva.

Reglas. Las siguientes reglas, las cuales puede revisar en la oficina de bienestar, son pertinentes: MS 63-801.21

USTED TIENE QUE:

- Pagar por completo; o
- Firmar el Convenio de Reembolso y pagar en la forma acordada.
  - Complete, firme y devuelva el Convenio de Reembolso (DFA 377.7C) que se adjunta.
  - Se basará su convenio de reembolso en su capacidad actual de pagar en la manera en que la calcule el condado. Cualesquier cambios que ocurran en su capacidad para pagar, pudieran cambiar sus pagos mensuales.

☐ Si no firma y devuelve el convenio en un término de 30 días a partir de la fecha de esta notificación, la cantidad de estampillas para comida que usted recibe será reducida a $_____ comenzando en _____.

- Si no está de acuerdo en pagar, es posible que el condado utilice otros medios para cobrar la cantidad que debe, como por ejemplo la corte.
- Si más tarde se determina que este error involuntario del grupo para fines de estampillas para comida es una violación intencional del programa, se aplicarán las sanciones aun cuando usted esté de acuerdo en reembolsar lo que debe.
- Si el condado lo demanda para que pague la cantidad que debe, es posible que también se le requiera pagar gastos judiciales.
- Si no paga la cantidad que debe, el condado puede interceptar su devolución estatal de impuestos sobre los ingresos y/o hacer una petición a la corte para embargar su sueldo o cualquier otra clase de propiedad de que usted sea dueño.

Aviso: 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.

SUS DERECHOS A UNA AUDI. .CIA

Para pedir una audiencia con el estado

- Usted tiene solamente 90 días para solicitar una audiencia. Los 90 días comenzaron un día después de la fecha en que le dimos o enviamos esta notificación.
- Si desea seguir recibiendo los mismos beneficios, tiene menos tiempo para pedir una audiencia .

Para conservar sus mismos beneficios mientras espera una audiencia

Tiene que solicitar la audiencia antes que la acción entre en vigor.

- Su asistencia monetaria permanecerá sin cambios hasta que se lleve a cabo su audiencia.
- Su Medi-Cal permanecerá sin cambios hasta que se lleve a cabo su audiencia.
- Sus estampillas para comida permanecerán sin cambios hasta que se lleve a cabo la audiencia o hasta el fin de su período de certificación; lo que ocurra primero.
- Sus pagos del Programa de Transición de Cuidado de Niños (TCC) permanecerán sin cambios hasta que se lleve a cabo la audiencia o hasta el fin del período en que usted reúna los requisitos; lo que ocurra primero. **Con respecto a todos los otros programas de cuidado de niños, sus beneficios NO permanecerán sin cambios hasta que se lleve a cabo su audiencia.**
- Si la decisión de la audiencia indica que estamos en lo correcto, usted nos deberá cualquier asistencia monetaria o estampillas para comida que usted haya recibido de más.

Para que se descontinúen ahora sus beneficios

Si usted desea que se descontinúe su asistencia monetaria o sus estampillas para comida mientras espera una audiencia, marque una o ambas casillas.

☐ Asistencia monetaria ☐ Estampillas para Comida

Para obtener ayuda

Puede obtener información acerca de sus derechos a una audiencia o asesoría legal gratuita llamando al teléfono de información del estado.

Número gratuito:	1-800-952-5253
Si es sordo y usa TDD:	1-800-952-8349

Es posible que pueda obtener asesoría legal gratuita en la oficina local de asesoramiento legal (legal aid) o del grupo de derechos de las personas que reciben asistencia pública.

Otra información

Mantenimiento de hijos y/o mantenimiento médico: La oficina del Fiscal del Distrito le ayudará a cobrar mantenimiento de hijos aun cuando no esté recibiendo asistencia monetaria. Este servicio es gratuito. Si en la actualidad están cobrando mantenimiento de hijos a su nombre, ellos continuarán haciéndolo hasta que usted les dé aviso por escrito indicándoles que paren. Le enviarán a usted cualesquier cantidades actuales de mantenimiento que cobren. Se quedarán con las cantidades vencidas cobradas que se le deban al condado.

Planificación familiar: Su oficina de bienestar le proporcionará información cuando usted la solicite.

Expediente de la audiencia: Si usted solicita una audiencia, la oficina de audiencias con el estado formará un expediente. Usted tiene el derecho de examinar este expediente. El Estado puede dar su expediente al departamento de bienestar, al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos y al Departamento de Agricultura de los Estados Unidos. (Sección 10950 del Código de Bienestar e Instituciones)

COMO PEDIR L..A AUDIENCIA CON EL ESTADO

La mejor manera de solicitar una audiencia es llenando esta página. Haga una copia del frente y del reverso para sus archivos. Luego envíe esta página a:

Su trabajador(a) le dará a usted una copia de esta página si la pide. Otra manera de solicitar una audiencia es llamando al 1-800-952-5253. Si es sordo y usa TDD, llame al: 1-800-952-8349.

PETICION PARA UNA AUDIENCIA

Deseo solicitar una audiencia a causa de una acción tomada por el Departamento de Bienestar del Condado de _____

_____, acerca de mí(s)

☐ Asistencia monetaria ☐ Estampillas para Comida

☐ Medi-Cal ☐ Cuidado de Niños ☐ Otro (anote) _____

La razón es la siguiente: _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

☐ Marque aquí y agregue otra hoja si necesita más papel.

☐ Quiero que la persona mencionada abajo me represente en esta audiencia. Le doy permiso a esta persona que vea mis expedientes o que vaya a la audiencia en mi lugar.

NOMBRE _____

DIRECCION _____

_____

☐ Necesito un intérprete sin costo para mí.
Mi idioma es el: _____

Mi nombre: _____

Dirección: _____

_____

Teléfono: _____

Mi No. de caso: _____

Mi firma: _____

Fecha: _____

CONDADO DE

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND WELFARE AGENCY
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

NOTIFICACION DE REEMBOLSO DE ESTAMPILLAS PARA COMIDA SOLAMENTE PARA ERRORES INVOLUNTARIOS DEL GRUPO PARA FINES DE ESTAMPILLAS PARA COMIDA

ULTIMO AVISO

Fecha de la Notificación : _____
Nombre del Caso : _____
Número : _____
Nombre del Trabajador(a) : _____
Número : _____
Teléfono : _____
Dirección : _____

(ADDRESSEE)

¿Tiene preguntas? Comuníquese con su trabajador(a).

Audiencia con el estado: Si usted cree que esta acción está equivocada, puede solicitar una audiencia a menos que ya haya tenido una audiencia sobre la cantidad que debe. 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.

Usted o un miembro de su grupo para fines de estampillas para comida cometió un error.
Le dijimos con anterioridad que usted tiene que reembolsar las estampillas para comida adicionales que se le expidieron a:

☐ Usted.
☐ _____, a quien usted patrocina.

Usted todavía debe $ _____.

Aviso: 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.

☐ USTED NO FIRMO UN CONVENIO DE REEMBOLSO:

- Puede pagar por completo; o
- Puede reembolsar las estampillas para comida extras según los términos en que esté de acuerdo en el Convenio de Reembolso (DFA 377.7C) que se adjunta.
  - Complete, firme y devuelva el Convenio de Reembolso que se adjunta.
  - Se basará su convenio de reembolso en su capacidad actual para pagar en la manera en que la calcule el condado. Cualesquier cambios que ocurran en su capacidad para pagar pudieran cambiar sus pagos mensuales.
- No tiene que usar beneficios que recibe del Seguro Social o de SSI para reembolsar esta emisión excesiva.
- Si más tarde se determina que este error involuntario del grupo para fines de estampillas para comida es una violación intencional del programa, se aplicarán las sanciones aun cuando usted esté de acuerdo en reembolsar lo que debe.
- Si no está de acuerdo en pagar, es posible que el condado utilice otros medios para cobrar la cantidad que debe, como por ejemplo la corte.
- Si el condado le demanda para que pague la cantidad que debe, es posible que también se le requiera pagar gastos judiciales.
- Si no paga la cantidad que debe, el condado puede interceptar su devolución estatal de impuestos sobre los ingresos y/o hacer una petición a la corte para embargar su sueldo o cualquier otra clase de propiedad de que usted sea dueño.

Reglas. Las siguientes reglas, las cuales puede revisar en la oficina de bienestar, son pertinentes: MS 63-801.21

☐ USTED NO HIZO EL REEMBOLSO COMO LO ACORDO:

- Tiene que decirnos cuando no puede pagar en la manera en que acordó. Tiene que explicar por qué no puede pagar. Puede pedir al condado que formule un nuevo plan de reembolso.
  - Complete, firme y devuelva el Convenio de Reembolso (DFA 377.7C) que se adjunta.
  - ☐ Si está recibiendo beneficios de estampillas para comida y no devuelve un convenio de reembolso nuevo en un término de 10 días a partir de la fecha de esta notificación, los beneficios de estampillas para comida de su hogar serán reducidos a $_____ comenzando en _____.
- Si no paga en la forma convenida, y no obtiene un plan de reembolso nuevo, es posible que el condado le pida que pague la cantidad total ahora.
- Si más tarde se determina que este error involuntario del grupo para fines de estampillas para comida es una violación intencional del programa, se aplicarán las sanciones aun cuando usted esté de acuerdo en reembolsar lo que debe.
- Si no paga en la forma convenida, es posible que el condado utilice otros medios para cobrar la cantidad que se debe, como por ejemplo la corte.
- Si el condado le demanda para que pague la cantidad que debe, es posible que también se le requiera pagar gastos judiciales.
- Si no paga en la forma convenida, el condado puede interceptar su devolución estatal de impuestos sobre los ingresos y/o hacer una petición a la corte para embargar su sueldo o cualquier clase de propiedad de que usted sea dueño.

SUS DERECHOS A UNA AUDI. .CIA

Para pedir una audiencia con el estado

- Usted tiene solamente 90 días para solicitar una audiencia. Los 90 días comenzaron un día después de la fecha en que le dimos o enviamos esta notificación.
- Si desea seguir recibiendo los mismos beneficios, tiene menos tiempo para pedir una audiencia .

Para conservar sus mismos beneficios mientras espera una audiencia

Tiene que solicitar la audiencia antes que la acción entre en vigor.

- Su asistencia monetaria permanecerá sin cambios hasta que se lleve a cabo su audiencia.
- Su Medi-Cal permanecerá sin cambios hasta que se lleve a cabo su audiencia.
- Sus estampillas para comida permanecerán sin cambios hasta que se lleve a cabo la audiencia o hasta el fin de su período de certificación; lo que ocurra primero.
- Sus pagos del Programa de Transición de Cuidado de Niños (TCC) permanecerán sin cambios hasta que se lleve a cabo la audiencia o hasta el fin del período en que usted reúna los requisitos; lo que ocurra primero. **Con respecto a todos los otros programas de cuidado de niños, sus beneficios NO permanecerán sin cambios hasta que se lleve a cabo su audiencia.**
- Si la decisión de la audiencia indica que estamos en lo correcto, usted nos deberá cualquier asistencia monetaria o estampillas para comida que usted haya recibido de más.

Para que se descontinúen ahora sus beneficios

Si usted desea que se descontinúe su asistencia monetaria o sus estampillas para comida mientras espera una audiencia, marque una o ambas casillas.

☐ Asistencia monetaria ☐ Estampillas para Comida

Para obtener ayuda

Puede obtener información acerca de sus derechos a una audiencia o asesoría legal gratuita llamando al teléfono de información del estado.

Número gratuito:	1-800-952-5253
Si es sordo y usa TDD:	1-800-952-8349

Es posible que pueda obtener asesoría legal gratuita en la oficina local de asesoramiento legal (legal aid) o del grupo de derechos de las personas que reciben asistencia pública.

Otra información

Mantenimiento de hijos y/o mantenimiento médico: La oficina del Fiscal del Distrito le ayudará a cobrar mantenimiento de hijos aun cuando no esté recibiendo asistencia monetaria. Este servicio es gratuito. Si en la actualidad están cobrando mantenimiento de hijos a su nombre, ellos continuarán haciéndolo hasta que usted les dé aviso por escrito indicándoles que paren. Le enviarán a usted cualesquier cantidades actuales de mantenimiento que cobren. Se quedarán con las cantidades vencidas cobradas que se le deban al condado.

Planificación familiar: Su oficina de bienestar le proporcionará información cuando usted la solicite.

Expediente de la audiencia: Si usted solicita una audiencia, la oficina de audiencias con el estado formará un expediente. Usted tiene el derecho de examinar este expediente. El Estado puede dar su expediente al departamento de bienestar, al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos y al Departamento de Agricultura de los Estados Unidos. (Sección 10950 del Código de Bienestar e Instituciones)

NA BACK 7 (SP)

COMO PEDIR .A AUDIENCIA CON EL ESTADO

La mejor manera de solicitar una audiencia es llenando esta página. Haga una copia del frente y del reverso para sus archivos. Luego envíe esta página a:

Su trabajador(a) le dará a usted una copia de esta página si la pide. Otra manera de solicitar una audiencia es llamando al 1-800-952-5253. Si es sordo y usa TDD, llame al: 1-800-952-8349.

PETICION PARA UNA AUDIENCIA

Deseo solicitar una audiencia a causa de una acción tomada por el Departamento de Bienestar del Condado de _____

_____, acerca de mi(s)

☐ Asistencia monetaria ☐ Estampillas para Comida

☐ Medi-Cal ☐ Cuidado de Niños ☐ Otro (anote) _____

La razón es la siguiente: _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

☐ Marque aquí y agregue otra hoja si necesita más papel.

☐ Quiero que la persona mencionada abajo me represente en esta audiencia. Le doy permiso a esta persona que vea mis expedientes o que vaya a la audiencia en mi lugar.

NOMBRE _____

DIRECCION _____

_____

☐ Necesito un intérprete sin costo para mí.
Mi idioma es el: _____

Mi nombre: _____

Dirección: _____

_____

Teléfono: _____

Mi No. de caso: _____

Mi firma: _____

Fecha: _____

CONDADO DE

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND WELFARE AGENCY
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

NOTIFICACION DE REEMBOLSO DE ESTAMPILLAS PARA COMIDA SOLAMENTE PARA ERRORES DE OFICINA

Fecha de la Notificación : _____
Nombre del caso : _____
Número : _____
Nombre del Trabajador(a) : _____
Número : _____
Teléfono : _____
Dirección : _____
_____
_____

(ADDRESSEE)

¿Tiene preguntas? Comuníquese con su trabajador(a).

Audiencia con el estado: Si usted cree que esta acción está equivocada, puede solicitar una audiencia a menos que ya haya tenido una audiencia sobre la cantidad que debe. 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.

El Departamento de Bienestar del Condado cometió un error.

Se le expidieron estampillas para comida en exceso.

La razón es la siguiente:

Usted tiene que reembolsar las estampillas para comida adicionales. Se le expidieron $_____ en estampillas para comida extra para el período de _____ . Se redujo esta cantidad $_____ porque le debíamos beneficios al grupo para fines de estampillas para comida correspondientes a meses anteriores o recibimos reembolso parcial de la cantidad que se debía. Ahora debe $_____ .

- *No tiene que usar beneficios que recibe del Seguro Social o* del Ingreso Suplemental de Seguridad (SSI) para reembolsar esta emisión excesiva.

Reglas. Las siguientes reglas, las cuales puede revisar en la oficina de bienestar, son pertinentes: MS 63-801.22

Aviso: 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.

USTED TIENE QUE:

- Pagar por completo; o
- Firmar el Convenio de Reembolso y pagar en la forma acordada.
  - Complete, firme y devuelva el Convenio de Reembolso (DFA 377.7E) que se adjunta.
  - Se basará su convenio de reembolso en su capacidad actual para pagar en la manera en que la calcule el condado. Cualesquier cambios que ocurran en su capacidad para pagar, pudieran cambiar sus pagos mensuales.

☐ Si no firma y devuelve el convenio en un término de 30 días a partir de la fecha de esta notificación, no podemos reducir la cantidad de estampillas para comida que usted recibe.

Sin embargo:

- Si no está de acuerdo en pagar, es posible que el condado utilice otros medios para cobrar la cantidad que debe, como por ejemplo la corte.
- Si el condado lo demanda para que pague la cantidad que debe, es posible que también se le requiera pagar gastos judiciales.
- Si no paga la cantidad que debe, el condado puede interceptar su devolución estatal de impuestos sobre los ingresos y/o hacer una petición a la corte para embargar su sueldo o cualquier otra clase de propiedad de que usted sea dueño.

SUS DERECHOS A UNA AUDI. CIA

Para pedir una audiencia con el estado

- Usted tiene solamente 90 días para solicitar una audiencia. Los 90 días comenzaron un día después de la fecha en que le dimos o enviamos esta notificación.
- Si desea seguir recibiendo los mismos beneficios, tiene menos tiempo para pedir una audiencia .

Para conservar sus mismos beneficios mientras espera una audiencia

Tiene que solicitar la audiencia antes que la acción entre en vigor.

- Su asistencia monetaria permanecerá sin cambios hasta que se lleve a cabo su audiencia.
- Su Medi-Cal permanecerá sin cambios hasta que se lleve a cabo su audiencia.
- Sus estampillas para comida permanecerán sin cambios hasta que se lleve a cabo la audiencia o hasta el fin de su período de certificación; lo que ocurra primero.
- Sus pagos del Programa de Transición de Cuidado de Niños (TCC) permanecerán sin cambios hasta que se lleve a cabo la audiencia o hasta el fin del período en que usted reúna los requisitos; lo que ocurra primero. **Con respecto a todos los otros programas de cuidado de niños, sus beneficios NO permanecerán sin cambios hasta que se lleve a cabo su audiencia.**
- Si la decisión de la audiencia indica que estamos en lo correcto, usted nos deberá cualquier asistencia monetaria o estampillas para comida que usted haya recibido de más.

Para que se descontinúen ahora sus beneficios

Si usted desea que se descontinúe su asistencia monetaria o sus estampillas para comida mientras espera una audiencia, marque una o ambas casillas.

☐ Asistencia monetaria ☐ Estampillas para Comida

Para obtener ayuda

Puede obtener información acerca de sus derechos a una audiencia o asesoría legal gratuita llamando al teléfono de información del estado.

Número gratuito:	1-800-952-5253
Si es sordo y usa TDD:	1-800-952-8349

Es posible que pueda obtener asesoría legal gratuita en la oficina local de asesoramiento legal (legal aid) o del grupo de derechos de las personas que reciben asistencia pública.

Otra información

Mantenimiento de hijos y/o mantenimiento médico: La oficina del Fiscal del Distrito le ayudará a cobrar mantenimiento de hijos aun cuando no esté recibiendo asistencia monetaria. Este servicio es gratuito. Si en la actualidad están cobrando mantenimiento de hijos a su nombre, ellos continuarán haciéndolo hasta que usted les dé aviso por escrito indicándoles que paren. Le enviarán a usted cualesquier cantidades actuales de mantenimiento que cobren. Se quedarán con las cantidades vencidas cobradas que se le deban al condado.

Planificación familiar: Su oficina de bienestar le proporcionará información cuando usted la solicite.

Expediente de la audiencia: Si usted solicita una audiencia, la oficina de audiencias con el estado formará un expediente. Usted tiene el derecho de examinar este expediente. El Estado puede dar su expediente al departamento de bienestar, al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos y al Departamento de Agricultura de los Estados Unidos. (Sección 10950 del Código de Bienestar e Instituciones)

COMO PEDIR . .A AUDIENCIA CON EL ESTADO

La mejor manera de solicitar una audiencia es llenando esta página. Haga una copia del frente y del reverso para sus archivos. Luego envíe esta página a:

Su trabajador(a) le dará a usted una copia de esta página si la pide. Otra manera de solicitar una audiencia es llamando al 1-800-952-5253. Si es sordo y usa TDD, llame al: 1-800-952-8349.

PETICION PARA UNA AUDIENCIA

Deseo solicitar una audiencia a causa de una acción tomada por el Departamento de Bienestar del Condado de _____

_____ , acerca de mi(s)

☐ Asistencia monetaria ☐ Estampillas para Comida

☐ Medi-Cal ☐ Cuidado de Niños ☐ Otro (anote) _____

La razón es la siguiente: _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

☐ Marque aquí y agregue otra hoja si necesita más papel.

☐ Quiero que la persona mencionada abajo me represente en esta audiencia. Le doy permiso a esta persona que vea mis expedientes o que vaya a la audiencia en mi lugar.

NOMBRE _____

DIRECCION _____

_____

☐ Necesito un intérprete sin costo para mí.
Mi idioma es el: _____

Mi nombre: _____

Dirección: _____

_____

Teléfono: _____

Mi No. de caso: _____

Mi firma: _____

Fecha: _____

CONDADO DE

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND WELFARE AGENCY
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

NOTIFICACION DE REEMBOLSO DE ESTAMPILLAS PARA COMIDA SOLAMENTE PARA UNA VIOLACION INTENCIONAL DEL PROGRAMA (IPV)

Fecha de la Notificación : _____
Nombre del caso : _____
Número : _____
Nombre del Trabajador(a) : _____
Número : _____
Teléfono : _____
Dirección : _____

(ADDRESSEE)

¿Tiene preguntas? Comuníquese con su trabajador(a).

Audiencia con el estado. Si usted cree que esta acción está equivocada, puede solicitar una audiencia a menos que ya haya tenido una audiencia sobre la cantidad que debe. 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.

Usted o un miembro de su grupo para fines de estampillas para comida violó a propósito una regla del Programa de Estampillas para Comida.

Se le expidieron estampillas para comida en exceso a:

☐ Usted.
☐ _____, a quien usted patrocina.

La razón es la siguiente:

Usted tiene que reembolsar las estampillas para comida adicionales. Se le expidieron $_____ en estampillas para comida extra para el período de _____. Se redujo esta cantidad $_____ porque le debíamos beneficios al grupo para fines de estampillas para comida correspondientes a meses anteriores o recibimos reembolso parcial de la cantidad que se debía. Ahora debe $_____.

- No tiene que usar beneficios que recibe del Seguro Social o del Ingreso Suplemental de Seguridad (SSI) para reembolsar esta emisión excesiva.

Reglas. Las siguientes reglas, las cuales puede revisar en la oficina de bienestar, son pertinentes: MS 63-801.32

USTED TIENE QUE:

- Pagar por completo; o
- Firmar el Convenio de Reembolso y pagar en la forma acordada.
  - Complete, firme y devuelva el Convenio de Reembolso (DFA 377.7G) que se adjunta.
  - Se basará su convenio de reembolso en su capacidad actual de pagar en la manera en que la calcule el condado. Cualesquier cambios que ocurran en su capacidad para pagar, pudieran cambiar sus pagos mensuales.

☐ Si no firma y devuelve el convenio en un término de 30 días a partir de la fecha de esta notificación, la cantidad de estampillas para comida que usted recibe será reducida a $_____ comenzando en _____.

- Si no está de acuerdo en pagar, es posible que el condado utilice otros medios para cobrar la cantidad que debe, como por ejemplo la corte.
- Aun cuando esté de acuerdo en reembolsar lo que debe, aplicarán las sanciones sobre IPV.
- Si el condado lo demanda para que pague la cantidad que debe, es posible que también se le requiera pagar gastos judiciales.
- Si no paga la cantidad que debe, el condado puede interceptar su devolución estatal de impuestos sobre los ingresos y/o hacer una petición a la corte para embargar su sueldo o cualquier otra clase de propiedad de que usted sea dueño.

Aviso: 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.

SUS DERECHOS A UNA AUDIENCIA

Para pedir una audiencia con el estado

- Usted tiene solamente 90 días para solicitar una audiencia. Los 90 días comenzaron un día después de la fecha en que le dimos o enviamos esta notificación.
- Si desea seguir recibiendo los mismos beneficios, tiene menos tiempo para pedir una audiencia .

Para conservar sus mismos beneficios mientras espera una audiencia

Tiene que solicitar la audiencia antes que la acción entre en vigor.

- Su asistencia monetaria permanecerá sin cambios hasta que se lleve a cabo su audiencia.
- Su Medi-Cal permanecerá sin cambios hasta que se lleve a cabo su audiencia.
- Sus estampillas para comida permanecerán sin cambios hasta que se lleve a cabo la audiencia o hasta el fin de su período de certificación; lo que ocurra primero.
- Sus pagos del Programa de Transición de Cuidado de Niños (TCC) permanecerán sin cambios hasta que se lleve a cabo la audiencia o hasta el fin del período en que usted reúna los requisitos; lo que ocurra primero. **Con respecto a todos los otros programas de cuidado de niños, sus beneficios NO permanecerán sin cambios *hasta que se lleve a cabo su audiencia.***
- Si la decisión de la audiencia indica que estamos en lo correcto, usted nos deberá cualquier asistencia monetaria o estampillas para comida que usted haya recibido de más.

Para que se descontinúen ahora sus beneficios

Si usted desea que se descontinúe su asistencia monetaria o sus estampillas para comida mientras espera una audiencia, marque una o ambas casillas.

☐ Asistencia monetaria ☐ Estampillas para Comida

Para obtener ayuda

Puede obtener información acerca de sus derechos a una audiencia o asesoría legal gratuita llamando al teléfono de información del estado.

Número gratuito:	1-800-952-5253
Si es sordo y usa TDD:	1-800-952-8349

Es posible que pueda obtener asesoría legal gratuita en la oficina local de asesoramiento legal (legal aid) o del grupo de derechos de las personas que reciben asistencia pública.

Otra información

Mantenimiento de hijos y/o mantenimiento médico: La oficina del Fiscal del Distrito le ayudará a cobrar mantenimiento de hijos aun cuando no esté recibiendo asistencia monetaria. Este servicio es gratuito. Si en la actualidad están cobrando mantenimiento de hijos a su nombre, ellos continuarán haciéndolo hasta que usted les dé aviso por escrito indicándoles que paren. Le enviarán a usted cualesquier cantidades actuales de mantenimiento que cobren. Se quedarán con las cantidades vencidas cobradas que se le deban al condado.

Planificación familiar: Su oficina de bienestar le proporcionará información cuando usted la solicite.

Expediente de la audiencia: Si usted solicita una audiencia, la oficina de audiencias con el estado formará un expediente. Usted tiene el derecho de examinar este expediente. El Estado puede dar su expediente al departamento de bienestar, al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos y al Departamento de Agricultura de los Estados Unidos. (Sección 10950 del Código de Bienestar e Instituciones)

COMO PEDIR UNA AUDIENCIA CON EL ESTADO

La mejor manera de solicitar una audiencia es llenando esta página. Haga una copia del frente y del reverso para sus archivos. Luego envíe esta página a:

Su trabajador(a) le dará a usted una copia de esta página si la pide. Otra manera de solicitar una audiencia es llamando al 1-800-952-5253. Si es sordo y usa TDD, llame al: 1-800-952-8349.

PETICION PARA UNA AUDIENCIA

Deseo solicitar una audiencia a causa de una acción tomada por el Departamento de Bienestar del Condado de _____

_____ , acerca de mí(s)

☐ Asistencia monetaria ☐ Estampillas para Comida

☐ Medi-Cal ☐ Cuidado de Niños ☐ Otro (anote) _____

La razón es la siguiente: _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

☐ Marque aquí y agregue otra hoja si necesita más papel.

☐ Quiero que la persona mencionada abajo me represente en esta audiencia. Le doy permiso a esta persona que vea mis expedientes o que vaya a la audiencia en mi lugar.

NOMBRE _____

DIRECCION _____

_____

☐ Necesito un intérprete sin costo para mí.
Mi idioma es el: _____

Mi nombre: _____

Dirección: _____

_____

Teléfono: _____

Mi No. de caso: _____

Mi firma: _____

Fecha: _____

CONDADO DE

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND WELFARE AGENCY
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

NOTIFICACION DE REEMBOLSO DE ESTAMPILLAS PARA COMIDA SOLAMENTE PARA UNA VIOLACION INTENCIONAL DEL PROGRAMA (IPV)
ULTIMO AVISO

Fecha de la Notificación : _____
Nombre del Caso : _____
Número : _____
Nombre del Trabajador(a) : _____
Número : _____
Teléfono : _____
Dirección : _____

(ADDRESSEE)

¿Tiene preguntas? Comuníquese con su trabajador(a).

Audiencia con el estado: Si usted cree que esta acción está equivocada, puede solicitar una audiencia a menos que ya haya tenido una audiencia sobre la cantidad que debe. 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.

Usted o un miembro de su grupo para fines de estampillas para comida violó a propósito una regla del Programa de Estampillas para Comida.
Le dijimos con anterioridad que usted tiene que reembolsar las estampillas para comida adicionales que se le expidieron a:

☐ Usted.
☐ _____, a quien usted patrocina.

Usted todavía debe $ _____.

Aviso: 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.

☐ *USTED NO FIRMO UN CONVENIO DE REEMBOLSO:*

- Puede pagar por completo; o
- Puede reembolsar las estampillas para comida extras según los términos en que esté de acuerdo en el Convenio de Reembolso (DFA 377.7G) que se adjunta.
  - Complete, firme y devuelva el Convenio de Reembolso que se adjunta.
  - Se basará su convenio de reembolso en su capacidad actual para pagar en la manera en que la calcule el condado. Cualesquier cambios que ocurran en su capacidad para pagar pudieran cambiar sus pagos mensuales.
- No tiene que usar beneficios que recibe del Seguro Social o de SSI para reembolsar esta emisión excesiva.
- Aun cuando esté de acuerdo en reembolsar lo que debe, aplicarán las sanciones sobre IPV.
- Si no está de acuerdo en pagar, es posible que el condado utilice otros medios para cobrar la cantidad que debe, como por ejemplo la corte.
- Si el condado le demanda para que pague la cantidad que debe, es posible que también se le requiera pagar gastos judiciales.
- Si no paga la cantidad que debe, el condado puede interceptar su devolución estatal de impuestos sobre los ingresos y/o hacer una petición a la corte para embargar su sueldo o cualquier otra clase de propiedad de que usted sea dueño.

Reglas. Las siguientes reglas, las cuales puede revisar en la oficina de bienestar, son pertinentes: MS 63-801.32

☐ *USTED NO HIZO EL REEMBOLSO COMO LO ACORDO:*

- Tiene que decirnos cuando no puede pagar en la manera en que acordó. Tiene que explicar por qué no puede pagar. Puede pedir al condado que formule un nuevo plan de reembolso.
  - Complete, firme y devuelva el Convenio de Reembolso (DFA 377.7G) que se adjunta.
  - ☐ Si está recibiendo beneficios de estampillas para comida y no devuelve un convenio de reembolso nuevo en un término de 10 días a partir de la fecha de esta notificación, los beneficios de estampillas para comida de su grupo para fines de estampillas para comida serán reducidos a $_____ comenzando en _____.
- Si no paga en la forma convenida, y no obtiene un plan de reembolso nuevo, es posible que el condado le pida que pague la cantidad total ahora.
- Aun cuando esté de acuerdo en reembolsar lo que debe, aplicarán las sanciones sobre IPV.
- Si no paga en la forma convenida, es posible que el condado utilice otros medios para cobrar la cantidad que se debe, como por ejemplo la corte.
- Si el condado le demanda para que pague la cantidad que debe, es posible que también se le requiera pagar gastos judiciales.
- Si no paga en la forma convenida, el condado puede interceptar su devolución estatal de impuestos sobre los ingresos y/o hacer una petición a la corte para embargar su sueldo o cualquier clase de propiedad de que usted sea dueño.

SUS DERECHOS A UNA AUDI CIA

Para pedir una audiencia con el estado

- Usted tiene solamente 90 días para solicitar una audiencia. Los 90 días comenzaron un día después de la fecha en que le dimos o enviamos esta notificación.
- Si desea seguir recibiendo los mismos beneficios, tiene menos tiempo para pedir una audiencia .

Para conservar sus mismos beneficios mientras espera una audiencia

Tiene que solicitar la audiencia antes que la acción entre en vigor.

- Su asistencia monetaria permanecerá sin cambios hasta que se lleve a cabo su audiencia.
- Su Medi-Cal permanecerá sin cambios hasta que se lleve a cabo su audiencia.
- Sus estampillas para comida permanecerán sin cambios hasta que se lleve a cabo la audiencia o hasta el fin de su período de certificación; lo que ocurra primero.
- Sus pagos del Programa de Transición de Cuidado de Niños (TCC) permanecerán sin cambios hasta que se lleve a cabo la audiencia o hasta el fin del período en que usted reúna los requisitos; lo que ocurra primero. **Con respecto a todos los otros programas de cuidado de niños, sus beneficios NO permanecerán sin cambios hasta que se lleve a cabo su audiencia.**
- Si la decisión de la audiencia indica que estamos en lo correcto, usted nos deberá cualquier asistencia monetaria o estampillas para comida que usted haya recibido de más.

Para que se descontinúen ahora sus beneficios

Si usted desea que se descontinúe su asistencia monetaria o sus estampillas para comida mientras espera una audiencia, marque una o ambas casillas.

☐ Asistencia monetaria ☐ Estampillas para Comida

Para obtener ayuda

Puede obtener información acerca de sus derechos a una audiencia o asesoría legal gratuita llamando al teléfono de información del estado.

Número gratuito:	1-800-952-5253
Si es sordo y usa TDD:	1-800-952-8349

Es posible que pueda obtener asesoría legal gratuita en la oficina local de asesoramiento legal (legal aid) o del grupo de derechos de las personas que reciben asistencia pública.

Otra Información

Mantenimiento de hijos y/o mantenimiento médico: La oficina del Fiscal del Distrito le ayudará a cobrar mantenimiento de hijos aun cuando no esté recibiendo asistencia monetaria. Este servicio es gratuito. Si en la actualidad están cobrando mantenimiento de hijos a su nombre, ellos continuarán haciéndolo hasta que usted les dé aviso por escrito indicándoles que paren. Le enviarán a usted cualesquier cantidades actuales de mantenimiento que cobren. Se quedarán con las cantidades vencidas cobradas que se le deban al condado.

Planificación familiar: Su oficina de bienestar le proporcionará información cuando usted la solicite.

Expediente de la audiencia: Si usted solicita una audiencia, la oficina de audiencias con el estado formará un expediente. Usted tiene el derecho de examinar este expediente. El Estado puede dar su expediente al departamento de bienestar, al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos y al Departamento de Agricultura de los Estados Unidos. (Sección 10950 del Código de Bienestar e Instituciones)

NA BACK 7 (SP)

COMO PEDIR A AUDIENCIA CON EL ESTADO

La mejor manera de solicitar una audiencia es llenando esta página. Haga una copia del frente y del reverso para sus archivos. Luego envíe esta página a:

Su trabajador(a) le dará a usted una copia de esta página si la pide. Otra manera de solicitar una audiencia es llamando al 1-800-952-5253. Si es sordo y usa TDD, llame al: 1-800-952-8349.

PETICION PARA UNA AUDIENCIA

Deseo solicitar una audiencia a causa de una acción tomada por el

Departamento de Bienestar del Condado de_____

_____ , acerca de mi(s)

☐ Asistencia monetaria ☐ Estampillas para Comida

☐ Medi-Cal ☐ Cuidado de Niños ☐ Otro (anote) _____

La razón es la siguiente:_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

☐ Marque aquí y agregue otra hoja si necesita más papel.

☐ Quiero que la persona mencionada abajo me represente en esta audiencia. Le doy permiso a esta persona que vea mis expedientes o que vaya a la audiencia en mi lugar.

NOMBRE_____

DIRECCION_____

_____

☐ Necesito un intérprete sin costo para mí.
Mi idioma es el: _____

Mi nombre: _____

Dirección: _____

_____

Teléfono: _____

Mi No. de caso:_____

Mi firma: _____

Fecha: _____