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

July 31, 2000

ALL COUNTY LETTER NO. 00-50

TO: ALL COUNTY WELFARE DIRECTORS
ALL CalWORKs PROGRAM SPECIALISTS

REASON FOR THIS TRANSMITTAL

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

SUBJECT: INCREASES TO THE MAXIMUM AID PAYMENT (MAP) AND MINIMUM BASIC STANDARD OF ADEQUATE CARE (MBSAC) LEVELS IN THE CALIFORNIA WORK OPPORTUNITY AND RESPONSIBILITY TO KIDS (CalWORKs) PROGRAM

REFERENCE: WELFARE & INSTITUTIONS CODE SECTIONS 11450, 11452 AND 11453

The purpose of this letter is to inform you of increases to the Maximum Aid Payment (MAP) and Minimum Basic Standards of Adequate Care (MBSAC) levels in the CalWORKs program which are effective October 1, 2000. The increases are due to provisions in law which call for an annual Cost-of-Living Adjustment (COLA). This year's COLA increases the MAP and MBSAC by 2.96 percent.

The new MBSAC amounts will affect only families that apply for CalWORKs on or after October 1, 2000. The increased amounts in the In-Kind Income portion of the tables affect both recipients and new applicants of CalWORKs who state they earn or receive in-kind income for any of the need items listed on this table. The new MAP levels are used in determining the aid payments for October 2000 and subsequent months. The new CalWORKs Payments Standards tables for Region 1 and Region 2 are included in Attachments 1A and 1B and are provided to assist you in implementing the changes.

CalWORKs and Food Stamp Mass Informing Notice

Attachments 2A and 2B provide you with the mass informing stuffers you should use to notify CalWORKs recipients of the new MAP levels. Attachment 2A is designed for residents of Region 1, and 2B for Region 2 residents. These stuffers provide information about the changes in cash aid standards and serve as advance notification to CalWORKs recipients. Both attachments contain language to inform households that food stamps may be reduced due to the increase in cash aid. In addition, the stuffer includes the State's toll free number for public inquiries. Those calling the number will hear a taped message concerning the changes and hearing rights

associated with law changes. The taped message will be provided in English and Spanish. The attached stuffers must be sent to current CalWORKs recipients so that they are received no later than October 1, 2000.

CalWORKs Notice of Action (NOA) Language

Attachment 3 provides a Notice of Action (NOA) for county use. Counties may, but are not legally required to, issue NOAs for increases in grants resulting solely from the law change.

Refugee Cash Assistance (RCA)

RCA recipients are to receive the COLA in the MBSAC and MAP, equivalent to the COLA provided to CalWORKs recipients.

Food Stamp Information

Adjustments in Food Stamp benefits resulting from cash aid changes are considered a mass change as provided in Manual of Policies and Procedures (MPP) 63-504.392. The mass informing stuffers provided in Attachments 2A and 2B contain the necessary information for advising Public Assistance Food Stamp households of benefit changes. An individual Notice of Change (DFA 377.4) is not required if the sole reason for the change in benefits is the MAP increase.

The following describes how to treat the CalWORKs MAP increase supplemental payment received by Food Stamp households:

> For monthly reporting households subject to retrospective budgeting, if the County Welfare Department (CWD) sends a supplemental payment for the MAP increase in the month of October for the month of October, but did not have time to prospectively budget the supplemental payment, the CWD must retrospectively budget the October supplement in December 2000 [MPP 63-503.232(c)(5)(A)].
>
> However, if the October supplement is not sent until November, it is considered a non-recurring lump sum payment for Food Stamp Program purposes and is counted as a resource in the month of November [MPP 63-502.2(j)]. This provision applies to retrospectively budgeted households as well as prospectively budgeted households.

Translations and Camera-Ready Copies

Spanish translations of the informing notices for Region 1 and 2 (Temp 2160 and Temp 2160A) and the Notice of Action form M44-315 are attached for your use. Typically, Language Translation Services (LTS) will mail Russian and Asian (Chinese, Cambodian and Vietnamese) translations to your CalWORKs Forms Coordinator in six to eight weeks. However, to ensure that counties have the necessary translations prior to

September 1, LTS will mail camera-ready translations in a special mailing by mid-August. You do not need to initially request forms or messages from LTS. To order additional camera-ready forms or messages, fax your request to LTS at (916) 657-3429 or e-mail to LTS@dss.ca.gov.

For a camera-ready copy and/or an additional copy of an English form, please call the Forms Management Unit (FMU) at (916) 657-1907. If your office has Internet access, you may obtain various forms (not including messages) from the CDSS web page at: http://www.dss.cahwnet.gov. If the name, mailing address or e-mail address of your CalWORKs Forms Coordinator changes, please contact FMU by telephone at (916) 657-1907 or by e-mail at fmu@dss.ca.gov.

Your CalWORKs Forms Coordinator is to distribute forms and NOA messages to each program and location. Each county shall provide bilingual/interpretive services and written translations to non-English or limited English speaking populations as required by the Dymally-Alatorre Bilingual Services Act (Government Code Section 7290 et seq.) and by State regulations in the Manual of Policies and Procedures (MPP), Division 21, Civil Rights Nondiscrimination, Section 115. Among other things, this regulation section contains requirements for providing forms in the applicant's or recipient's primary language.

Contacts

If you have any questions regarding the CalWORKs MAP and MBSAC increases, please contact Bev Skillicorn at (916) 654-1068 or CALNET 464-1068. Questions about RCA should be addressed to Linda Keene at (916) 654-2602 or CALNET 464-2602. For questions regarding the treatment of the MAP increase in the Food Stamp budget, you may contact Ernie Villalobos at (916) 657-1680 or CALNET 437-1883.

Sincerely,
Original document signed by
Bruce Wagstaff on 7/31/00
BRUCE WAGSTAFF
Deputy Director
Welfare to Work Division

Attachment

c: CWDA
CSAC

ATTACHMENT 1A

CalWORKs PAYMENT STANDARDS
Effective October 1, 2000
Region 1

Assistance Unit Size	Maximum Aid Payment Exempt	Maximum Aid Payment Non-Exempt	MBSAC	Housing	Utilities	Food	Clothing	80% of MAP Exempt Assistance Units	80% of MAP Non-Exempt Assistance Units
1	354	319	402	181	38	100	31	283	255
2	582	520	658	242	43	214	59	466	416
3	720	645	816	265	46	273	88	576	516
4	856	768	970	278	48	338	118	685	614
5	975	874	1,106	278	48	408	148	780	699
6	1,095	981	1,244	278	48	472	177	876	785
7	1,203	1,079	1,366	278	48	526	209	962	863
8	1,312	1,175	1,488	278	48	576	233	1,050	940
9	1,417	1,269	1,613	278	48	633	267	1,134	1,015
10	1,522	1,363	1,751	278	48	684	293	1,218	1,090
More than 10	1,522	1,363	Add $14 for each extra person					1,218	1,090

ATTACHMENT 1B

CalWORKs PAYMENT STANDARDS
Effective October 1, 2000
Region 2

Assistance Unit Size	Maximum Aid Payment Exempt	Maximum Aid Payment Non-Exempt	MBSAC	Housing	Utilities	Food	Clothing	80% of MAP Exempt Assistance Units	80% of MAP Non-Exempt Assistance Units
1	337	303	382	173	38	100	31	270	242
2	555	495	626	230	43	214	59	444	396
3	687	614	776	252	46	273	88	550	491
4	816	731	923	265	48	338	118	653	585
5	931	832	1,052	265	48	408	148	745	666
6	1,045	934	1,182	265	48	472	177	836	747
7	1,148	1,025	1,298	265	48	526	209	918	820
8	1,250	1,118	1,415	265	48	576	233	1,000	894
9	1,352	1,208	1,534	265	48	633	267	1,082	966
10	1,451	1,297	1,666	265	48	684	293	1,161	1,038
More than 10	1,451	1,297	Add $14 for each extra person					1,161	1,038

ATTACHMENT 2A – Mass Informing Stuffer, Region 1
English and Spanish

ATTACHMENT 2B – Mass Informing Stuffer, Region 2
English and Spanish

State Law Changes Maximum Aid Payments (MAPs) for Cash Aid Recipients

WORK PAYS IN SO MANY WAYS

As of October 1, 2000, most families will get an increase in their cash aid. The MAP will be increased by 2.96%. Please keep in mind, if you move to another county, the MAP may be different.

If you need information about the MAP change, please call:

- Toll-free 1-800-248-8068
- TDD for the hearing impaired 1-800-952-8349

Food Stamp Changes:

Most families get less food stamps when they get more cash aid. You will get a separate Notice of Action if your food stamps change for other reasons.

If you think there is a mistake in your cash aid or food stamps, you may want to file a state hearing. Your food stamps may stay the same until the hearing or the end of your certification period, whichever is earlier. If the MAP increase is the only reason you got less food stamps, your food stamps will not stay the same until the hearing. If the hearing decision says we are right, you will owe us for any extra food stamps you got.

You can ask about your hearing rights or ask for a state hearing at the state information number:

Call toll-free: 1-800-952-5253

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

New MAP Tables for Region 1

These new MAP tables show how your cash aid may change.

This table shows the MAP for families that get a lower MAP:

Person(s) on aid	Old MAP	New MAP	Increase in MAP
1	$ 310	$ 319	$ 9
2	505	520	15
3	626	645	19
4	746	768	22
5	849	874	25
6	953	981	28
7	1048	1079	31
8	1141	1175	34
9	1233	1269	36
10 or more	1324	1363	39

This table shows the MAP for families that get a higher MAP:

Person(s) on aid	Old MAP	New MAP	Increase in MAP
1	$ 344	$ 354	$ 10
2	565	582	17
3	699	720	21
4	831	856	25
5	947	975	28
6	1064	1095	31
7	1168	1203	35
8	1274	1312	38
9	1376	1417	41
10 or more	1478	1522	44

La ley estatal cambia los pagos máximos de asistencia (MAP) para las personas que reciben asistencia monetaria

A partir del 1º de octubre del 2000, la mayoría de las familias recibirá un aumento en su asistencia monetaria. El MAP aumentará un 2.96%. Por favor, recuerde que si se cambia a otro condado, es posible que el MAP sea diferente.

Si necesita información acerca del cambio en el MAP, por favor llame al:

- Teléfono gratuito: 1-800-248-8068
- Teléfono gratuito para los que usan TDD (aparato de telecomunicaciones para las personas sordas): 1-800-952-8349

Cambios en las estampillas para comida:

La mayoría de las familias reciben menos estampillas para comida cuando reciben más asistencia monetaria. Recibirá una notificación de acción por separado si hay un cambio en sus estampillas para comida debido a otros motivos.

Si piensa que hay un error en su asistencia monetaria o estampillas para comida, es posible que quiera solicitar una audiencia con el Estado. Sus estampillas para comida pueden continuar igual hasta que se lleve a cabo la audiencia o hasta el final de su período de certificación, lo que ocurra primero. Si el aumento en el MAP es la única razón que usted recibió menos estampillas para comida, sus estampillas para comida no se mantendrán igual hasta la audiencia. Si la decisión que se emita en la audiencia indica que nosotros tenemos la razón, usted deberá pagar las estampillas para comida que recibió extra.

Usted puede pedir información sobre sus derechos a una audiencia o puede solicitar una audiencia con el Estado a los siguientes números de información:

Teléfono gratuito: 1-800-952-5253

Si usted es una persona sorda y usa TDD, llame al: 1-800-952-8349

Tablas de los nuevos MAP para la Región 1

Estas tablas de los nuevos MAP indican cómo es posible que cambie su asistencia monetaria.

Esta tabla indica el MAP para familias que reciben un MAP más bajo:

Personas que reciben asistencia	MAP antiguo	MAP nuevo	Aumento en el MAP
1	$ 310	$ 319	$ 9
2	505	520	15
3	626	645	19
4	746	768	22
5	849	874	25
6	953	981	28
7	1048	1079	31
8	1141	1175	34
9	1233	1269	36
10 o más	1324	1363	39

Esta tabla indica el MAP para familias que reciben un MAP más alto:

Personas que reciben asistencia	MAP antiguo	MAP nuevo	Aumento en el MAP
1	$ 344	$ 354	$ 10
2	565	582	17
3	699	720	21
4	831	856	25
5	947	975	28
6	1064	1095	31
7	1168	1203	35
8	1274	1312	38
9	1376	1417	41
10 o más	1478	1522	44

State Law Changes Maximum Aid Payments (MAPs) for Cash Aid Recipients

As of October 1, 2000, most families will get an increase in their cash aid. The MAP will be increased by 2.96%. Please keep in mind, if you move to another county, the MAP may be different.

If you need information about the MAP change, please call:

- Toll-free 1-800-248-8068
- TDD for the hearing impaired 1-800-952-8349

Food Stamp Changes:

Most families get less food stamps when they get more cash aid. You will get a separate Notice of Action if your food stamps change for other reasons.

If you think there is a mistake in your cash aid or food stamps, you may want to file a state hearing. Your food stamps may stay the same until the hearing or the end of your certification period, whichever is earlier. If the MAP increase is the only reason you got less food stamps, your food stamps will not stay the same until the hearing. If the hearing decision says we are right, you will owe us for any extra food stamps you got.

You can ask about your hearing rights or ask for a state hearing at the state information number:

Call toll-free: 1-800-952-5253

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

New MAP Tables for Region 2

These new MAP tables show how your cash aid may change.

This table shows the MAP for families that get a lower MAP:

Person(s) on aid	Old MAP	New MAP	Increase in MAP
1	$ 294	$ 303	$ 9
2	481	495	14
3	596	614	18
4	710	731	21
5	808	832	24
6	907	934	27
7	996	1025	29
8	1086	1118	32
9	1173	1208	35
10 or more	1260	1297	37

This table shows the MAP for families that get a higher MAP:

Person(s) on aid	Old MAP	New MAP	Increase in MAP
1	$ 327	$ 337	$ 10
2	539	555	16
3	667	687	20
4	793	816	23
5	904	931	27
6	1015	1045	30
7	1115	1148	33
8	1214	1250	36
9	1313	1352	39
10 or more	1409	1451	42

La ley estatal cambia los pagos máximos de asistencia (MAP) para las personas que reciben asistencia monetaria

A partir del 1º de octubre del 2000, la mayoría de las familias recibirá un aumento en su asistencia monetaria. El MAP aumentará un 2.96%. Por favor, recuerde que si se cambia a otro condado, es posible que el MAP sea diferente.

Si necesita información acerca del cambio en el MAP, por favor llame al:

- Teléfono gratuito: 1-800-248-8068
- Teléfono gratuito para los que usan TDD (aparato de telecomunicaciones para las personas sordas): 1-800-952-8349

Cambios en las estampillas para comida:

La mayoría de las familias reciben menos estampillas para comida cuando reciben más asistencia monetaria. Recibirá una notificación de acción por separado si hay un cambio en sus estampillas para comida debido a otros motivos.

Si piensa que hay un error en su asistencia monetaria o estampillas para comida, es posible que quiera solicitar una audiencia con el Estado. Sus estampillas para comida pueden continuar igual hasta que se lleve a cabo la audiencia o hasta el final de su período de certificación, lo que ocurra primero. Si el aumento en el MAP es la única razón que usted recibió menos estampillas para comida, sus estampillas para comida no se mantendrán igual hasta la audiencia. Si la decisión que se emita en la audiencia indica que nosotros tenemos la razón, usted deberá pagar las estampillas para comida que recibió extra.

Usted puede pedir información sobre sus derechos a una audiencia o puede solicitar una audiencia con el Estado a los siguientes números de información:

Teléfono gratuito: 1-800-952-5253

Si usted es una persona sorda y usa TDD, llame al: 1-800-952-8349

Tablas de los nuevos MAP para la Región 2

Estas tablas de los nuevos MAP indican cómo es posible que cambie su asistencia monetaria.

Esta tabla indica el MAP para familias que reciben un MAP más bajo:

Personas que reciben asistencia	MAP antiguo	MAP nuevo	Aumento en el MAP
1	$ 294	$ 303	$ 9
2	481	495	14
3	596	614	18
4	710	731	21
5	808	832	24
6	907	934	27
7	996	1025	29
8	1086	1118	32
9	1173	1208	35
10 o más	1260	1297	37

Esta tabla indica el MAP para familias que reciben un MAP más alto:

Personas que reciben asistencia	MAP antiguo	MAP nuevo	Aumento en el MAP
1	$ 327	$ 337	$ 10
2	539	555	16
3	667	687	20
4	793	816	23
5	904	931	27
6	1015	1045	30
7	1115	1148	33
8	1214	1250	36
9	1313	1352	39
10 o más	1409	1451	42

ATTACHMENT 3 – NOTICE OF ACTION (NOA) MESSAGE

The following NOA message is attached:

M44-315 (10/00) – Law Change – Increase in MAP (2.96% increase)

The M44-315 message was developed to implement the 2.96% MAP Increase.

NOTICE OF ACTION

COUNTY OF

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

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

(ADDRESSEE)

Questions? Ask your Worker.

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

As of October 1, 2000, the county is changing your monthly cash aid from $_____ to $ _____.

Here is why:

As of October 1, State Law makes the Maximum Aid Payment standard go up by 2.96 percent.

Your new cash aid amount is figured on this page.

SAMPLE

Medi-Cal: This Notice of Action does NOT change or stop Medi-Cal benefits. If there is a change in your Medi-Cal benefits, you will receive another notice. **Keep your plastic Benefits Identification Card(s).**

Rules: These rules apply; you may review them at your welfare office: MPP 44-315.

Monthly Cash Aid Amount

Section A. Countable Income, Month of _____

Total Business Income	$	_____
Business Expenses:		
a. 40% Standard	-	_____
OR		
b. Actual	-	_____
Net Earnings from Self-Employment	=	_____
Total Disability-Based Unearned Income of (Assistance Unit + Non-Assistance Unit Members)	$	_____
$225 Disregard	-	_____
Nonexempt Unearned Disability-Based Income	=	_____
OR		
Unused Amount of $225 Disregard	=	_____
Total Earned Income	$	_____
Net Earnings from Self-Employment (from above)	+	_____
Subtotal	=	_____
Unused Amount of $225 Disregard (from above)	-	_____
Subtotal	=	_____
Earned Income Disregard 50%	-	_____
Subtotal	=	_____
Nonexempt Unearned Disability-Based Income (from above)	+	_____
Other Nonexempt Income of (Assistance Unit + Non-Assistance Unit Members)_____	+	_____
_____	+	_____
Net Countable Income	=	_____

Section B. Your Cash Aid, Month of _____

1. Maximum Aid _____ Persons (Assistance Unit + Non-Assistance Unit Members)	$	_____
2. Special Needs (Assistance Unit + Non-Assistance Unit Members)	+	_____
3. Net Countable Income from Section A	-	_____
4. Subtotal	=	_____
5. Maximum Aid _____ Persons (Assistance Unit only) (Excluding MFG or penalized Persons)	$	_____
6. Special Needs (Assistance Unit only)	+	_____
7. Maximum Aid Subtotal	=	_____
8. **Full Month Aid Subtotal** (Lowest Amount on Line 4 or 7	=	_____
9. Line 8 Prorated for Part of Month	=	_____
10. Adjustments: 25% Child Support Penalty(ies)	-	_____
Overpayment	-	_____
Cal-Learn Penalty(ies)	-	_____
Cal-Learn Bonus	+	_____
11. **Monthly Cash Aid Amount** (Line 8 or 9 Adjusted)	=	_____

YOUR HEARING RIGHTS

You have only **90 days** to ask for a hearing if you disagree with any county action. The 90 days started the day after the county gave or mailed you this notice.

If you ask for a hearing before the action takes place:

- Your Cash Aid and Medi-Cal will stay the same while you wait for a hearing.
- Your Food Stamps will stay the same, until the hearing or the end of your certification period, whichever is earlier.

If the hearing decision says we are right, you will owe us for any extra cash aid or food stamps you got. To let us lower or stop your benefits before the hearing, check below:

Yes, lower or stop: ☐ Cash Aid ☐ Food Stamps

While You Wait for a Hearing Decision for:

- **Welfare to Work Exempt/Non-Exempt Status or Welfare to Work Activities:**
  - You do not have to participate (take part) in the activities.
  - You can keep going to an unapproved self-initiated program but we will not give you supportive services or other welfare-to-work services.
- **Welfare to Work Supportive Services:** To get supportive services payments, including child care and transportation, you must go to the activity the county told you to attend.
  - If we told you your payments will stop, you will not get any more payments, even if you go to your activity.
  - We will pay supportive services in the amount and the method of payment we told you in the notice.
  - If the amount of supportive services the county pays while you wait for a hearing decision is not enough to allow you to participate, you can stop going to your activity.
- **Cal-Learn:**
  - You cannot participate in the Cal-Learn Program if we told you we cannot serve you.
  - We will only pay for Cal-Learn supportive services for an approved activity.

OTHER INFORMATION

Medi-Cal Managed Care Plan Members: The action on this notice may change your ability to participate in a managed care health plan. You may wish to contact the membership services section in your managed care health plan if you have questions.

Child and/or Medical Support: The District Attorney's office will help you collect support at no cost even if you are not on cash aid. 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 but 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 before your hearing and to get a copy of the county's written position on your case at least two days before the hearing. The state may give your hearing file to the Welfare Department, the U.S. Departments of Health and Human Services and of Agriculture. **(W&I Code Sections 10850 and 10950.)**

To Ask for a Hearing:

- **Fill out this page.**
- Make a copy of the front and back of this page for your records.
- **Send or take this page to:**

OR

- **Call toll free: 1-800-952-5253 or** for hearing or speech impaired who use TDD, **1-800-952-8349**).

To Get Help: You can ask about your hearing rights or a legal aid referral at the toll-free state phone numbers listed above. You may get free legal help at your local legal aid office or welfare rights group.

If you do not want to go to the hearing alone, you can bring a friend or someone else.

HEARING REQUEST

I want a hearing due to an action by the Welfare Department of _____ County about my:

☐ Cash Aid ☐ Food Stamps ☐ Medi-Cal ☐ Cal-Learn

☐ Welfare to Work (Status, Activities, and/or Supportive Services)

☐ Other (list)_____

Here's Why: _____

_____

_____

_____

_____

☐ **If you need more space, check here and add a page.**

☐ I need the state to provide me with a free interpreter.
(A relative or friend cannot interpret for you at the hearing.)

My language or dialect is: _____

NAME OF PERSON WHOSE BENEFITS WERE DENIED, CHANGED OR STOPPED		
SOCIAL SECURITY NUMBER	DATE OF BIRTH	
CASE NAME	PHONE NUMBER	
STREET ADDRESS		
CITY	STATE	ZIP CODE
SIGNATURE	DATE	
NAME OF PERSON COMPLETING THIS FORM	PHONE NUMBER	

☐ **I want the person named below to represent me at this hearing. I give my permission for this person to see my records or go to the hearing for me. (This person can be a friend or relative but cannot interpret for you.)**

NAME	PHONE NUMBER	
STREET ADDRESS		
CITY	STATE	ZIP CODE

NOTIFICACION DE ACCION

CONDADO DE

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

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

(ADDRESSEE)

¿Tiene preguntas? Comuníquese con su trabajador.

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

A partir del 1º de octubre del 2000, el Condado cambiará su asistencia monetaria mensual de $_____ a $_____.

La razón es la siguiente:

A partir del 1º de octubre, las leyes estatales aumentarán el estándar del pago máximo de asistencia en un 2.96 por ciento.

En esta página se calcula la nueva cantidad de su asistencia monetaria.

SAMPLE

Medi-Cal: Esta notificación NO cambia ni suspende sus beneficios de Medi-Cal (Programa de Asistencia Médica de California). Si hay un cambio en sus beneficios de Medi-Cal, usted recibirá otra notificación. **Conserve sus tarjetas de plástico de identificación de beneficios.**

Reglas: Las siguientes reglas, las cuales puede revisar en la oficina de bienestar público, son pertinentes: MPP 44-100; 44-314; 44-315

Cantidad mensual de asistencia monetaria

Sección A. Ingresos contables del mes de _____

Total de ingresos provenientes de un negocio	$	_____
Gastos del negocio:		
a. Estándar del 40%	–	_____
b. **O** gastos verdaderos	–	_____
Ingresos netos provenientes de trabajo por cuenta propia	=	_____
Total de ingresos no ganados basados en incapacidad/ discapacidad (unidad de asistencia + personas que no son miembros de la unidad de asistencia)	$	_____
Deducción de $225	–	_____
Ingresos no ganados basados en incapacidad/ discapacidad no exentos	=	_____
O cantidad que no se usó de la deducción de $225	=	_____
Total de ingresos ganados	$	_____
Ingresos netos provenientes de trabajo por cuenta propia (de la parte de arriba)	+	_____
Subtotal	=	_____
Cantidad que no se usó de la deducción de $225 (de la parte de arriba)	–	_____
Subtotal	=	_____
Deducción del 50% por ingresos ganados	–	_____
Subtotal	=	_____
Ingresos no ganados basados en incapacidad/ discapacidad no exentos (de la parte de arriba)	+	_____
Otros ingresos no exentos (unidad de asistencia + personas que no son miembros de la unidad de asistencia) ____	+	_____
_____	+	_____
Ingresos netos contables	=	_____

Sección B. Su asistencia monetaria del mes de _____

1. Asistencia máxima para _____ personas (unidad de asistencia + personas que no son miembros de la unidad de asistencia)	$	_____
2. Necesidades especiales (unidad de asistencia + personas que no son miembros de la unidad de asistencia)	+	_____
3. Ingresos netos contables de la Sección A	–	
4. Subtotal	=	[ ]
5. Asistencia máxima para _____ personas (unidad de asistencia solamente) (excluyendo a las personas sancionadas o sujetas a la regla sobre el MFG*)	$	_____
6. Necesidades especiales (unidad de asistencia solamente)	+	
7. Subtotal de asistencia máxima	=	[ ]
8. **Subtotal de asistencia del mes completo** (La cantidad de la línea 4 ó 7, la que sea menor)	=	_____
9. Línea 8 prorrateada para parte del mes	=	_____
10. Ajustes: Sanciones del 25% por mantenimiento de hijos	–	_____
Pago excesivo	–	_____
Sanciones de Cal-Learn**	–	_____
Cantidad adicional *(bonus)* de Cal-Learn**	+	_____
11. **Cantidad mensual de asistencia monetaria** (Línea 8 ó 9 después de los ajustes)	=	_____

*MFG - pago máximo que una familia puede recibir **Cal Learn - un programa de California para la educación de los padres adolescentes que reciben asistencia monetaria

SU DERECHO A UNA AUDIENCIA

Usted tiene derecho a solicitar una audiencia si no está de acuerdo con cualquier acción que el condado tome. Solamente tiene 90 días para solicitar una audiencia. Los 90 días comenzaron el día después de la fecha en que el condado le dio o envió esta notificación.

Si solicita una audiencia antes de que entre en vigor una acción en relación a la asistencia monetaria, Medi-Cal (Programa de Asistencia Médica de California), estampillas para comida, o cuidado de niños:

- Su asistencia monetaria/Medi-Cal no cambiará mientras espera a que se lleve a cabo la audiencia.
- Es posible que sus servicios de cuidado de niños no cambien mientras espera a que se lleve a cabo la audiencia.
- Sus estampillas para comida no cambiarán mientras espera a que se lleve a cabo la audiencia o hasta el final de su período de certificación, lo que ocurra antes.

Si la decisión de la audiencia indica que estamos en lo correcto, usted nos deberá cualquier asistencia monetaria, estampillas para comida o servicios de cuidado de niños que haya recibido de más. Para que reduzcamos o paremos sus beneficios antes de la audiencia, marque a continuación: Sí, reduzcan o paren:

☐ Asist. monetaria ☐ Estamp. para comida ☐ Cuidado de niños

Mientras que espera la decisión de una audiencia relacionada a:

Programa para la Transición de la Asistencia Pública al Trabajo *(Welfare to Work)*:

No tiene que participar en las actividades.

Es posible que reciba pagos en relación al cuidado de niños para trabajar y participar en actividades aprobadas por el condado antes de esta notificación.

Si le dijimos que los pagos para sus otros servicios de apoyo pararían, no recibirá más pagos, aunque participe en la actividad.

Si le dijimos que pagaríamos sus otros servicios de apoyo, se le pagarán de acuerdo a la cantidad y de la manera que le indicamos en esta notificación.

- Para recibir esos servicios de apoyo, tiene que participar en la actividad en que el condado le pidió que participara.
- Si la cantidad que el condado le pague para servicios de apoyo mientras que espera la decisión de la audiencia no es suficiente para que usted pueda participar, puede dejar de participar en la actividad.

Cal-Learn (un programa de California para la educación de los padres adolescentes que reciben asistencia monetaria):

- No puede participar en el Programa de Cal-Learn si le dijimos que no le podemos asistir.
- Solamente pagaremos los servicios de apoyo de Cal-Learn si se trata de una actividad aprobada.

OTRA INFORMACION

Miembros de planes de cuidado médico administrado de Medi-Cal: Es posible que la acción de esta notificación no le permita recibir servicios de su plan de salud de cuidado médico administrado. Puede comunicarse con la oficina de servicios de membrecía de su plan de salud si tiene preguntas.

Mantenimiento de niños y/o en relación al cuidado de la salud: La oficina local de mantenimiento de hijos le ayudará gratuitamente a cobrar mantenimiento de hijos, aunque usted no esté recibiendo asistencia monetaria. Si ahora cobran mantenimiento de hijos para usted, continuarán haciéndolo a no ser que usted les pida por escrito que lo dejen de hacer. Le mandarán la cantidad actual de mantenimiento que se cobre pero se quedarán con los atrasos que se cobren que se le deban al condado.

Planificación familiar: La oficina de bienestar le dará información cuando usted la pida.

Expediente de audiencia: Si solicita una audiencia, la División de Audiencias con el Estado abrirá un expediente. Usted tiene derecho a ver este expediente antes de la audiencia y a recibir una copia de la declaración escrita de posición del condado relacionada a su caso por lo menos dos días antes de la audiencia. Es posible que el estado le dé el expediente de audiencia de usted al Departamento de Bienestar, y a los Departamentos de Salud y Servicios Humanos y de Agricultura de los Estados Unidos **(Secciones 10850 y 10950 del Código de Bienestar Público e Instituciones [W&I].)**

PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA:

- **Complete esta página.**
- Haga una copia de ambos lados de esta hoja para sus expedientes. Si la pide, su trabajador le dará una copia de esta hoja.
- **Envíe o lleve esta hoja a:**

O

- **Llame gratuitamente al: 1-800-952-5253.** Las personas sordas/con problemas del habla que usan TDD* pueden llamar al **1-800-952-8349**.

Para obtener ayuda: Puede pedir información acerca de su derecho a una audiencia o sobre oficinas de asesoramiento legal llamando a los teléfonos estatales gratuitos mencionados arriba. Es posible que pueda recibir asesoramiento legal gratuito en la oficina local de asesoramiento legal o en la oficina de defensa de los derechos relacionados a la asistencia pública.

Si no quiere ir a la audiencia solo, puede llevar a un amigo o a otra persona con usted.

PETICION PARA UNA AUDIENCIA

Deseo solicitar una audiencia a causa de una acción tomada por el Departamento de Bienestar Público del Condado de _____ acerca de mi(s):

☐ Asistencia monetaria ☐ Estampillas para comida ☐ Medi-Cal

☐ Otro (anote)_____

La razón es la siguiente:_____

_____

_____

_____

_____

☐ **Si necesita más espacio, marque aquí y adjunte otra hoja.**

☐ Necesito que el estado me proporcione un intérprete gratuitamente. (Un familiar o un amigo no puede actuar como intérprete de usted en la audiencia.)

Mi idioma o dialecto es el: _____

NOMBRE DE LA PERSONA A QUIEN LE NEGARON, CAMBIARON O PARARON LOS BENEFICIOS

FECHA DE NACIMIENTO | NUMERO DE TELEFONO

DIRECCION: CALLE

CIUDAD | ESTADO | CODIGO POSTAL

FIRMA | FECHA

NOMBRE DE LA PERSONA QUE COMPLETA ESTE FORMULARIO | NUMERO DE TELEFONO

☐ **Quiero que la persona nombrada a continuación me represente en esta audiencia. Doy permiso para que esta persona vea mis expedientes o vaya a la audiencia por mí. (Esta persona puede ser un amigo o familiar, pero no puede actuar como su intérprete.)**

NOMBRE | NUMERO DE TELEFONO

DIRECCION: CALLE

CIUDAD | ESTADO | CODIGO POSTAL

*TDD: aparato de telecomunicaciones para las personas sordas