# NOTIFICACION DE CAMBIO PROGRAMA DE ASISTENCIA MONETARIA PARA INMIGRANTES (CAPI)

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.

☐ CAMBIO EN LOS BENEFICIOS:

A partir de _____ (mes/día/año), sus pagos de CAPI cambiarán de $_____ a $_____ debido a que:

- ☐ Sus ingresos, o los ingresos de su esposo(a), padre/madre o patrocinador han cambiado.
- ☐ Su estado civil ha cambiado.
- ☐ Sus arreglos de vivienda han cambiado.
- ☐ Usted recibió un pago excesivo (vea los comentarios).
- ☐ Otro_____

☐ DESCONTINUACION:

A partir de _____ (mes/día/año), sus pagos de CAPI se descontinuarán debido a que:

- ☐ Su situación migratoria/ciudadanía no cumple con los requisitos de CAPI.
- ☐ Sus ingresos por la cantidad de $_____ son más que el límite permitido.
- ☐ Sus recursos son más que el límite permitido de $2,000 dólares para una persona o $3,000 dólares para una pareja.
- ☐ No ha presentado las pruebas de que ha solicitado los beneficios de SSI (Programa de Ingresos Suplementales de Seguridad) ni ha tomado todas las medidas necesarias para obtener los beneficios de SSI.
- ☐ Sus beneficios de SSI han sido aprobados; no puede recibir los beneficios de SSI y los pagos de CAPI al mismo tiempo.
- ☐ No cooperó con el Condado (vea los comentarios).
- ☐ Usted reside en una institución que recibe fondos públicos.
- ☐ Usted no es un residente de California.
- ☐ El Condado tiene información que la persona que recibe beneficios ha muerto.
- ☐ Usted ya no es una persona ciega o incapacitada.
- ☐ Usted nos pidió que descontinuáramos sus pagos de CAPI.
- ☐ La situación de su patrocinador no reúne los requisitos para calificar bajo CAPI (vea los comentarios).
- ☐ Otro_____

**Reglas:** Las siguientes reglas, las cuales puede revisar en la oficina de bienestar público, son pertinentes: Código de Bienestar Público e Instituciones, División 9, Parte 6, Capítulo 10.3, Secciones 18937 a 18944.

**Comentarios:**

**RESPONSABILIDADES EN RELACION A LO QUE REPORTA**

La cantidad de su pago de CAPI se basa en toda la información que nosotros recibimos. Usted tiene que avisar al Condado cada vez que haya un cambio, incluyendo cambios en los ingresos, recursos o los arreglos en relación a la vivienda de usted, su esposo(a), padre/madre o hijo/hija que viva con usted, o su patrocinador y su esposa(o) sin importar en donde vivan.

Usted tiene que notificarnos de cualquier cambio antes de que pasen 10 días, contados a partir de la fecha del cambio. Recuerde que un cambio puede reducir o aumentar su pago mensual de CAPI. Es posible que usted tenga que reembolsar los pagos excesivos que reciba.