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 de _____, el condado cambiará su asistencia monetaria de $_____ a $_____. La asistencia monetaria de _____, el otro de los padres de la familia, se descontinuará.

La razón es la siguiente:

_____ no tuvo un motivo justificado para no hacer lo que él/ella acordó hacer en el plan de cumplimiento que firmó. El/ella acordó hacer lo siguiente: _____

_____

Como ninguno de ustedes dos está recibiendo asistencia monetaria, necesitamos a una persona autorizada para recibir el pago de asistencia monetaria de su familia. Se lo podemos enviar a alguien en quien usted confíe. Dele el nombre y la dirección de esa persona a:

TRABAJADOR DEL CONDADO: _____

CALLE, CIUDAD, CODIGO POSTAL: _____

TELEFONO: ( ) _____

Es posible que usted pueda volver a recibir asistencia monetaria si reúne los requisitos y:

☐ si _____ coopera.

☐ después de _____ si _____ coopera.

Para solicitar asistencia monetaria otra vez, comuníquese con:
_____ al _____ - _____.

Es posible que el otro de los padres de la familia, _____, pueda recibir asistencia monetaria otra vez si reúne los requisitos y:

☐ si él/ella coopera.

☐ después de _____ si él/ella coopera.

No pagaremos cuidado de niños, transporte, ni gastos relacionados al trabajo o entrenamiento mientras que ninguno de los dos reciba asistencia monetaria.

En esta notificación se calcula su nueva cantidad de asistencia monetaria.

Medi-Cal: Esta notificación NO cambia ni suspende sus beneficios de Medi-Cal (Programa de Asistencia Médica de California). **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: Normas para la Implementación de CalWORKs, sección XI; Código de Bienestar Público e Instituciones, 11327.4, 11327.5

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 parte 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% de los 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 parte 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 parte de la unidad de asistencia)	$	_____
2. Necesidades especiales (unidad de asistencia + personas que no son parte 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 que han sido sancionadas)	$	_____
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: Sanción del 25% por mantenimiento de hijos	−	_____
Pago excesivo	−	_____
Otras sanciones	−	_____
Cantidad adicional	+	_____
11. **Cantidad mensual de asistencia monetaria** (Línea 8 ó 9 después de los ajustes)	=	_____