Notificación de Acción

Si usted tiene preguntas o desea más información acerca de esta notificación, por favor, comuníquese con su trabajador.

Nombre del caso:
Número del caso:
Trabajador:
Teléfono:
Fecha:

☐ Su pago mensual de asistencia proveniente del Programa para Volver a Establecer a Refugiados o del Programa de Entrantes Cubanos/Haitianos se reducirá de $_____ a $_____ a partir de la fecha que aparece abajo. Su pago de asistencia está basado en el número de personas en su hogar, y a las siguientes personas se les descontinuará la asistencia monetaria y el Medi-Cal basado en asistencia monetaria a partir de_____. Personas:_____ _____ _____

Cálculo del pago mensual de asistencia

Pago máximo de asistencia para ____ personas		_____
Necesidades especiales (Especifique) _____	+	_____
_____	+	_____
Ingresos netos no exentos	–	_____
Total del pago mensual	=	_____
Ajuste por pago excesivo (vea la página ____)	–	_____
Pago mensual de asistencia	=	_____

Cálculo de los ingresos netos no exentos

		Nombre	Nombre	Nombre
Total de ingresos ganados				
Impuestos sobre los Ingresos, Seguro Social, y Seguro contra Incapacidad	–			
Deducción normal por gastos de trabajo	–			
Ded. por gastos de cuidado de personas a su cargo	–			
Subtotal	=			
Otros ingresos contables _____	+			
_____	+			
_____	+			
Mant. de hijos/esposa(o) pagado por orden de corte	–			
• **Ingresos netos no exentos**	=			

o

•Total de ingresos netos no exentos (Total de las tres columnas) _____

☐ Su pago mensual de asistencia y su Medi-Cal basado en asistencia monetaria proveniente del Programa para Volver a Establecer a Refugiados o del Programa de Entrantes Cubanos/Haitianos se descontinuará a partir de _____.

☐ Usted recibirá por separado una notificación de elegibilidad para Medi-Cal-Solamente.

☐ Otra acción respecto a Medi-Cal: _____

Razón:
Estos cambios se requieren por ordenamientos federales que limitan los pagos de asistencia a refugiados/entrantes, así como la elegibilidad para Medi-Cal basado en asistencia monetaria, a ocho meses a partir del mes y año de entrada de la persona a los Estados Unidos. Se ha determinado, por medio de una revisión de documentos de inmigración, que usted o las personas indicadas arriba habrán excedido este período de elegibilidad en la fecha efectiva que aparece arriba.

Las leyes que requieren esta acción:
La Sección 412 del Decreto de Refugiados de 1980 (Ley Pública 96-212) o la Sección 501 del Decreto de Asistencia Educacional para Refugiados de 1980 (Ley Pública 96-422), de la manera puesta en vigor por las partes 400 y 401 del CFR 45; 205.10 del CFR 45; Secciones 50183(a)(3) y 50227 del Título 22 del Código Administrativo de California.

Comentarios:

Es posible que usted o las personas descontinuadas reúnan los requisitos para más asistencia monetaria a través de otros programas de asistencia. Para más información, por favor, comuníquese con el departamento de bienestar del condado. Los refugiados/entrantes que reciben pagos de asistencia bajo el Programa de AFDC no son afectados por esta notificación ni por el límite de elegibilidad de ocho meses.

Los ordenamientos de bienestar del estado están disponibles para revisión en la oficina local del departamento de bienestar del condado.

Hay información disponible respecto a los servicios de planificación familiar en el departamento de bienestar del condado si usted la pide.

Audiencia con el Estado. Si usted no está conforme con esta acción, es posible que su asistencia continúe sin cambio si pide una audiencia con el Estado antes de que la acción entre en vigor. Lea el reverso de esta hoja para más información importante sobre su derecho a apelar esta acción.