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.

Usted ha pedido que se arreglen los siguientes problemas relacionados con su programa comenzado por iniciativa propia (SIP):

☐ _____
_____
☐ _____
_____
☐ _____

Basándonos en nuestra revisión de su petición para un SIP y la información que usted proporcionó, **hemos negado su petición. La razón es la siguiente:**

☐ Su formulario de petición para que se revise un SIP se recibió después del 29 de octubre de 1999.
☐ Usted no nos dio la información/documentación adicional que pedimos en _____.
☐ Usted presentó su solicitud en el condado equivocado. Tiene que presentar su solicitud en el Condado de_____.
☐ Usted no recibió una sanción debido a su SIP.
☐ Usted no estaba inscrito en su SIP en la fecha de su evaluación en _____.
☐ Usted no estaba inscrito en su SIP en la fecha en que tenía programada su evaluación y perdió su cita para su evaluación sin tener un motivo justificado.
☐ Usted ya tiene un bachillerato y su programa no es un programa para obtener una credencial para enseñar.
☐ Su escuela dice que usted no estaba progresando de una manera satisfactoria.
☐ Su programa no está en la lista del Condado de programas que conducen a un empleo y usted no demostró que su programa escolar conduciría a un empleo que le permitiría dejar de recibir asistencia monetaria.
☐ Estaba inscrito en una escuela privada post-secundaria que no se había aprobado por la agencia reguladora apropiada del Estado.
☐ Estaba inscrito en un programa educacional que no cumplió con las reglas para ser un SIP aprobado. Se le había aprobado para continuar hasta el comienzo del próximo semestre o trimestre. En ese momento, usted no se cambió a otro programa que sí cumplía con las reglas y que el Condado sí había aprobado.
☐ Su petición para el pago retroactivo de los gastos para el cuidado de niños para las fechas de _____ a _____ se ha negado porque _____
_____
_____

Si tiene alguna pregunta sobre esto, llame a _____ _____ al _____.

☐ Otra_____
_____

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: MPP 42-711.54