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. Es posible que sus beneficios no cambien si usted solicita una audiencia antes de que esta acción entre en vigor.

Usted pidió que se revisara su actividad de *"welfare to work"** del Programa de CalWORKs** por las siguientes razones:

☐ _____

☐ _____

☐ _____

Basándonos en nuestra revisión de su "Petición para una revisión de las actividades relacionadas a *welfare to work* de CalWORKs", así como en la información que usted proporcionó, **hemos negado su petición. La razón es la siguiente:**

☐ Dicha petición fue recibida después del 1º de julio de 2002.

☐ Usted no nos dio la información/documentación adicional en cuanto a _____

que le pedimos en _____.
(FECHA)

☐ El Condado no lo limitó a menos de 18/24 meses de entrenamiento vocacional, educación básica para adultos, certificado equivalente a graduación de la secundaria *(high school)* (GED), Inglés como Segundo Idioma (ESL), u otro programa educacional.

☐ El Condado lo limitó a menos de 18/24 meses de entrenamiento vocacional, educación básica para adultos, certificado de GED, Inglés como Segundo Idioma, u otro programa educacional, pero lo hizo basándose en la evaluación que llevó a cabo de su caso particular y no como cuestión de una práctica general.

☐ El Condado no lo mandó a un programa de educación o entrenamiento, pero eso se basó en la evaluación que se llevó a cabo de su caso particular y no como cuestión de una práctica general, la cual estipulaba que una persona solamente podía recibir educación si estaba trabajando de tiempo parcial o si ya tenía su diploma de la secundaria o un certificado de GED.

☐ El Condado no hizo que la primera actividad de todos los participantes de CalWORKs, después de que firmaran su plan de *"welfare to work",* fuera participar en una actividad de trabajo para adquirir experiencia.

☐ Una evaluación por una tercera persona indica que su plan de *"welfare to work"* estaba correcto.

☐ Usted no recibió una sanción.

☐ Usted recibió una sanción, pero no porque no estuvo de acuerdo con una o más de las situaciones que se enumeran a continuación:

_____

☐ Su petición ha sido enviada al Condado de _____. Ese Condado se comunicará con usted acerca de la decisión sobre su reclamo.

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 42-710, 42-711, y 42-716.

*Programa que ayuda a las personas que reciben asistencia pública a obtener un empleo, es decir un programa de *"welfare to work"*

**Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños