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.

SERVICIOS DE APOYO

CUIDADO DE NIÑOS

☐ Sus costos retroactivos para el cuidado de niños de _____ a _____han sido negados porque:

☐ Sus costos para el cuidado de niños estaban cubiertos.

☐ Otro: _____

TRANSPORTE

Para el período de _____ a _____ su pago del programa para la transición de la asistencia pública al trabajo (*"welfare-to-work"*) para el transporte:

☐ se ha negado.

☐ es menos de lo que usted había pedido (recibirá otra notificación para mostrarle cómo el Condado calculó esta cantidad).

La razón es la siguiente:

☐ Usted ya recibe todo lo que el Condado puede pagar porque:

☐ la tasa máxima para el millaje es: $ _____ por _____.

☐ está disponible el transporte público.

☐ está disponible transporte proporcionado por el Condado.

☐ Usted no participaba en una actividad aprobada para *"welfare-to-work".*

☐ Usted necesitaba viajar menos de una milla para llegar a su actividad aprobada para "*welfare-to-work*".

☐ El transporte que usted pidió no es necesario para asistir a su actividad aprobada para "*welfare-to-work"* porque:_____

☐ Otro _____

TRANSPORTE (CONTINUACION):

GASTOS SUPLEMENTARIOS

☐ Los siguientes artículos que usted pidió no fueron aprobados para el pago:

Artículo	Cantidad
_____	$ _____
_____	$ _____
_____	$ _____

La razón es la siguiente:

☐ El pago para este artículo no fue necesario porque:

☐ Usted no necesitaba_____ para su actividad para "*welfare-to-work"* porque:

☐ Usted no participaba en una actividad aprobada para "*welfare-to-work".*

☐ Otro: _____

Si usted tiene alguna pregunta sobre esto, llame a su trabajador(a):_____ al ( ) _____.

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 su oficina local de bienestar público, son pertinentes: MPP 42-750.