

### DECLARACIÓN JURADA PARA UN REEMPLAZO O UN SUPLEMENTO EN CASO DE UN DESASTRE (CF 303)

**Instrucciones:** Marque la casilla(s) que aplique a su hogar, luego firme y devuelva este formulario.  
Nota, este formulario tiene que ser presentado dentro de 10 días de su reporte de pérdida de comida, o su hogar podría no ser elegible para recibir un reemplazo de beneficios.

Audiencia estatal: Si piensa que esta acción está equivocada, puede pedir una audiencia. En el reverso de esta página se le dice cómo hacerlo. Sus beneficios no pueden ser cambiados si usted pide una audiencia antes de que esta acción se lleve a cabo.

#### INFORMACIÓN ACTUAL SOBRE EL HOGAR

Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_

#### SUPLEMENTO POR DESASTRE

Mi hogar reside en una área de desastre declarada federalmente con ayuda individual y he sufrido por lo menos un efecto adverso como resultado del desastre.


#### AFIDÁVIT DEL HOGAR

Yo, \_\_\_\_\_, declaro que el hogar:

#### TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA DE BENEFICIOS (EBT)

No se recibió por correo la tarjeta de EBT en la dirección mencionada abajo y una persona no autorizada usó los beneficios:

Afirmo que mi declaración es cierta y correcta según mi leal saber y entender. Entiendo también que si doy datos equivocados o incompletos, puedo ser descalificado del programa de CalFresh, multado, encarcelado, o las tres cosas.

 \_\_\_\_\_  
Firma del miembro responsable del hogar o representante Fecha

Dirección postal (número, calle, apartado postal) \_\_\_\_\_

Ciudad Estado código postal

Se reportó al condado o a la línea de información de EBT que la tarjeta de EBT había sido perdida o robada, y el condado, o la línea de información de EBT, no canceló la tarjeta de EBT y una persona no autorizada usó los beneficios. Se reportó en \_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_.  
Fecha Hora

#### REEMPLAZO

Se dañó la comida en una desgracia o un desastre del hogar. Lo que sucedió y cuándo:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### COUNTY USE ONLY (SOLO PARA EL CONDADO)

Case Name: \_\_\_\_\_  
Case Number: \_\_\_\_\_  
Worker: \_\_\_\_\_  
Date CF 303 Received: \_\_\_\_\_

#### REPLACEMENT/DISASTER SUPPLEMENT

APPROVED - EBT Replacement Date \_\_\_\_\_  
 APPROVED - Benefit Replacement Date \_\_\_\_\_  
Benefit Replacement Amount \$ \_\_\_\_\_  
 APPROVED - Disaster Supplement Date \_\_\_\_\_  
Disaster Supplement Amount \$ \_\_\_\_\_  
 DENIED - Reason for Denial (Explain)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Signature (Person Authorizing Or Denying Request) \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**Reglas:** Estas reglas podrían aplicar y usted puede revisarlas en su oficina de bienestar público MPP 16-515 y 16-517.

## **SU DERECHO A UNA AUDIENCIA**

**Usted tiene derecho a solicitar una audiencia si no está de acuerdo con cualquier acción que el condado tome. Solo tiene 90 días para solicitar una audiencia. Los 90 días comenzaron el día después de la fecha en que el condado le dio o envió esta notificación. Si tiene un motivo justificado para no haber solicitado una audiencia antes de los 90 días, usted todavía puede solicitar una audiencia. Si proporciona un motivo justificado, es posible que todavía se programe una audiencia.**

**Si usted solicita una audiencia antes de que entre en vigor una acción en relación a la asistencia monetaria, Medi-Cal (Programa de Asistencia Médica de California), CalFresh, o cuidado de niños:**

- Su asistencia monetaria/Medi-Cal no cambiará mientras espera a que se lleve a cabo la audiencia.
- Es posible que sus servicios de cuidado de niños no cambien mientras espera a que se lleve a cabo la audiencia.
- Sus beneficios de CalFresh no cambiarán mientras espera a que se lleve a cabo la audiencia o hasta el final de su período de certificación, lo que ocurra primero.

**Si la decisión de la audiencia indica que estamos en lo correcto, usted nos deberá cualquier asistencia monetaria, beneficios de CalFresh, o servicios de cuidado de niños que haya recibido de más.** Para que reduzcamos o descontinemos sus beneficios antes de la audiencia, marque a continuación:

Sí, reduzcan o descontinúen:

- Asistencia monetaria                       CalFresh  
 Cuidado de niños

**Mientras que espera la decisión de una audiencia relacionada a:**

**Programa para la Transición de la Asistencia Pública al Trabajo (Welfare to Work):**

No tiene que participar en las actividades.

Es posible que reciba pagos en relación al cuidado de niños para trabajar y participar en actividades aprobadas por el condado antes de esta notificación.

Si le dijimos que los pagos para otros servicios de apoyo se iban a descontinuar, no recibirá más pagos, aunque participe en la actividad.

Si le dijimos que pagaríamos sus otros servicios

de apoyo, se le pagarán de acuerdo a la cantidad y la manera que le indicamos en esta notificación.

- Para recibir esos servicios de apoyo, tiene que participar en la actividad en que el condado le pidió que participara.
- Si la cantidad que el condado le paga para servicios de apoyo mientras que espera la decisión de la audiencia no es suficiente para que usted pueda participar, puede dejar de participar en la actividad.

**Cal-Learn (un programa de California para la educación de los padres adolescentes que reciben asistencia monetaria):**

- No puede participar en el Programa de Cal-Learn si le dijimos que no le podemos asistir.
- Solo le pagaremos los servicios de apoyo de Cal-Learn si se trata de una actividad aprobada.

## **OTRA INFORMACIÓN**

**Miembros de planes de cuidado médico administrado de Medi-Cal:** Es posible que la acción de esta notificación no le permita recibir servicios de su plan de salud de cuidado médico administrado. Puede comunicarse con la oficina de servicios de membresía de su plan de salud si tiene preguntas.

**Manutención de hijos y/o apoyo médico:** La oficina local de manutención de hijos le ayudará gratuitamente a cobrar manutención de hijos, aunque no esté recibiendo asistencia monetaria. Si ahora cobran manutención de hijos para usted, continuarán haciéndolo a no ser que usted les pida por escrito que lo dejen de hacer. Le mandarán la cantidad actual de manutención que se cobre pero se quedarán con los atrasos cobrados que se le deban al condado.

**Planificación familiar:** Su oficina local de bienestar público le dará información cuando usted la pida.

**Expediente de audiencia:** Si usted solicita una audiencia, la División de Audiencias Estatales abrirá un expediente. Usted tiene derecho a ver este expediente antes de su audiencia y a obtener una copia de la declaración escrita de posición del condado relacionada con su caso por lo menos dos días antes de la audiencia. Es posible que el Estado le dé su expediente de audiencia al Departamento de Bienestar Público y a los Departamentos de Salud y Servicios Humanos y de Agricultura de los Estados Unidos. **(Secciones 10850 y 10950 del Código de Bienestar Público e Instituciones.)**

## PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA:

- **Complete esta página.**
- Haga una copia de las dos caras de esta página para sus registros. Si usted lo pide, su trabajador le dará una copia de esta página.
- **Envíe o lleve esta página a:**

**O**

- **Llame gratuitamente al 1-800-952-5253** o, si usted tiene discapacidad auditiva o del habla y usa TDD (aparato de telecomunicaciones para las personas sordas), al 1-800-952-8349.

**Para obtener ayuda: Puede pedir información acerca de su derecho a una audiencia o sobre oficinas de asesoramiento legal llamando a los números gratuitos mencionados arriba.** Es posible que pueda recibir asesoramiento legal gratuito en su oficina local de asesoramiento legal o en la oficina de defensa de los derechos relacionados a la asistencia pública.

**Si no quiere ir a la audiencia solo, puede llevar a un amigo o a otra persona con usted.**

### PETICIÓN PARA UNA AUDIENCIA

Deseo solicitar una audiencia a causa de una acción tomada por el Departamento de Bienestar Público del Condado de \_\_\_\_\_ acerca de mi(s):

Asistencia monetaria  CalFresh  Medi-Cal  Otro (anote) \_\_\_\_\_

**La razón es la siguiente:** \_\_\_\_\_

**Si necesita más espacio, marque aquí y adjunte otra página.**

Necesito que el Estado me proporcione un intérprete gratuitamente. (Un familiar o un amigo no puede actuar como intérprete de usted en la audiencia.)

Mi idioma o dialecto es el: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona cuyos beneficios fueron denegados, cambiados, o descontinuados		Fec. Nac.	Núm. de teléfono
Dirección: Calle	Ciudad	Estado	Código postal
Firma			Fecha
Nombre de la persona que completa este formulario			Núm. de teléfono

**Quiero que la persona nombrada a continuación me represente en esta audiencia. Doy permiso para que esta persona vea mis expedientes o vaya a la audiencia por mí. (Esta persona puede ser un amigo o familiar, pero no puede actuar como su intérprete.)**

Nombre		Número de teléfono	
Dirección: Calle	Ciudad	Estado	Código postal