STATE OF CALIFORNIA—HEALTH AND WELFARE AGENCY

PETE WILSON, *Governor*

DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES
714/744 P STREET
P.O. BOX 942732
SACRAMENTO, CA 94234-7320

(916) 657-2941

December 16, 1994

TO: All County Welfare Directors
All County Administrative Officers
All County Program Specialists/Liaisons
All County Disabled Widower Coordinators

Letter No.: 94-98

NOTICE OF ACTIONS AND SCREENING WORKSHEET FOR DISABLED WIDOW(ER)

The purpose of this letter is to provide you with camera ready copies of the Disabled Widow(er) Notice of Actions in English and Spanish, and the Screening Worksheet that will be used in the implementation of the Disabled Widow(er) program. Data Systems Branch has informed us this program will be operating approximately December 31, 1994.

These notice of actions and screening worksheets will be available at the Department of Health Services (DHS) Warehouse, 1037 North Market Boulevard, Suite 9, Sacramento, CA 95834. They will be available in the DHS Warehouse on approximately December 31, 1994.

If you have any questions, please contact Mary Maestas-Sandoval of my staff at (916) 657-1248.

Sincerely,

ORIGINAL SIGNED BY

FRANK S. MARTUCCI, Chief
Medi-Cal Eligibility Branch

Enclosures

SCREENING WORKSHEET
DISABLED WIDOW(ER) CHECKLIST (DW)
AGES 50 TO 64

PERSON'S NAME: _____

Date SSI/SSP Last Received:_____ Date Title II Payments Began:_____
(Must be verified through an award letter to the client or through SSA Office)

Screening Process:

If the answers to all the questions below are yes, the individual is a potential DW.

1. Is this person currently receiving Title II widow's insurance benefits? _____
2. Has this person lost SSI/SSP because of the receipt of certain Title II payments? _____
3. Has this person received SSI/SSP in the month prior to the month in which he/she began to receive Title II payments? _____
4. Is this person eligible for SSI/SSP in the absence of <u>all</u> Title II insurance benefits under Section 202 of the Social Security Act? _____

   Title II Section 202 benefits:
   1. Old-age insurance benefits
   2. Wife's insurance benefits
   3. Husband's insurance benefits
   4. Child's insurance benefits
   5. Widow's insurance benefits
   6. Widower's insurance benefits
   7. Mother's and father's insurance benefits

   (Title II disability benefits are found under section 223)
5. Is this person not receiving Medicare Part A benefits? _____

The client must be sent an approval or denial notice of action if the person passed the screening test.

THIS PROGRAM IS AIDED UNDER AID CODE 36.

NOTE: On all approval notices, be sure to advise the client that they must report immediately any approval they may receive for Medicare Part A benefits.

DESCONTINUACION/NEGACION DE MEDICAL

VIUDO(A) INCAPACITADO(A)

(County Stamp)

Nombre del Caso:

No. del Caso:

Distrito:

Esto Afecta a:

Hemos revisado la información que usted proporcionó y hemos determinado que en la actualidad usted NO reúne los requisitos para recibir beneficios de Medi-Cal sin parte del costo, bajo el PROGRAMA DE VIUDO(A) INCAPACITADO(A).

❑ Se le ha descontinuado a usted con fecha efectiva del _____.

❑ Se ha negado su solicitud de fecha _____ para Medi-Cal.

La razón es la siguiente:

Nota: Esta acción no afectará ningunos beneficios de Medi-Cal que posiblemente usted esté recibiendo en la actualidad bajo otro programa de Medi-Cal.

SI USTED TIENE UNA TARJETA DE PLASTICO, NO LA TIRE (NO LA BOTE).

Para recibir información adicional, comuníquese con:

Los ordenamientos que exigen esta acción son las siguientes secciones del Título 22 del Código de Ordenamientos de California:

_____	_____	_____
Trabajador(a) de Elegibilidad	Teléfono	Fecha

SUS DERECHOS A UNA AUDIENCIA

Para pedir una audiencia con el estado

- Usted tiene solamente 90 días para solicitar una audiencia. Los 90 días comenzaron un día después de la fecha en que le dimos o enviamos esta notificación.
- Si desea seguir recibiendo los mismos beneficios, tiene menos tiempo para pedir una audiencia .

Para conservar sus mismos beneficios mientras espera una audiencia

Tiene que solicitar la audiencia antes que la acción entre en vigor.

- Su asistencia monetaria permanecerá sin cambios hasta que se lleve a cabo su audiencia.
- Su Medi-Cal permanecerá sin cambios hasta que se lleve a cabo su audiencia.
- Sus estampillas para comida permanecerán sin cambios hasta que se lleve a cabo la audiencia o hasta el fin de su período de certificación; lo que ocurra primero.
- Sus pagos del Programa de Transición de Cuidado de Niños (TCC) permanecerán sin cambios hasta que se lleve a cabo la audiencia o hasta el fin del período en que usted reúna los requisitos; lo que ocurra primero. **Con respecto a todos los otros programas de cuidado de niños, sus beneficios NO permanecerán sin cambios hasta que se lleve a cabo su audiencia.**
- Si la decisión de la audiencia indica que estamos en lo correcto, usted nos deberá cualquier asistencia monetaria o estampillas para comida que usted haya recibido de más.

Para que se descontinúen ahora sus beneficios

Si usted desea que se descontinúe su asistencia monetaria o sus estampillas para comida mientras espera una audiencia, marque una o ambas casillas.

☐ Asistencia monetaria ☐ Estampillas para Comida

Para obtener ayuda

Puede obtener información acerca de sus derechos a una audiencia o asesoría legal gratuita llamando al teléfono de información del estado.

Número gratuito:	1-800-952-5253
Si es sordo y usa TDD:	1-800-952-8349

Es posible que pueda obtener asesoría legal gratuita en la oficina local de asesoramiento legal (legal aid) o del grupo de derechos de las personas que reciben asistencia pública.

Otra Información

Mantenimiento de hijos y/o mantenimiento médico: La oficina del Fiscal del Distrito le ayudará a cobrar mantenimiento de hijos aun cuando no esté recibiendo asistencia monetaria. Este servicio es gratuito. Si en la actualidad están cobrando mantenimiento de hijos a su nombre, ellos continuarán haciéndolo hasta que usted les dé aviso por escrito indicándoles que paren. Le enviarán a usted cualesquier cantidades actuales de mantenimiento que cobren. Se quedarán con las cantidades vencidas cobradas que se le deban al condado.

Planificación familiar: Su oficina de bienestar le proporcionará información cuando usted la solicite.

Expediente de la audiencia: Si usted solicita una audiencia, la oficina de audiencias con el estado formará un expediente. Usted tiene el derecho de examinar este expediente. El Estado puede dar su expediente al departamento de bienestar, al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos y al Departamento de Agricultura de los Estados Unidos. (Sección 10950 del Código de Bienestar e Instituciones)

COMO PEDIR UNA AUDIENCIA CON EL ESTADO

La mejor manera de solicitar una audiencia es llenando esta página. Haga una copia del frente y del reverso para sus archivos. Luego envíe esta página a:

Su trabajador(a) le dará a usted una copia de esta página si la pide. Otra manera de solicitar una audiencia es llamando al 1-800-952-5253. Si es sordo y usa TDD, llame al: 1-800-952-8349.

PETICION PARA UNA AUDIENCIA

Deseo solicitar una audiencia a causa de una acción tomada por el Departamento de Bienestar del Condado de _____ _____, acerca de mi(s)

☐ Asistencia monetaria ☐ Estampillas para Comida

☐ Medi-Cal ☐ Cuidado de Niños ☐ Otro (anote) _____

La razón es la siguiente: _____

☐ Marque aquí y agregue otra hoja si necesita más papel.

☐ Quiero que la persona mencionada abajo me represente en esta audiencia. Le doy permiso a esta persona que vea mis expedientes o que vaya a la audiencia en mi lugar.

NOMBRE _____

DIRECCION _____

☐ Necesito un intérprete sin costo para mí.
Mi idioma es el: _____

Mi nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Mi No. de caso: _____

Mi firma: _____

Fecha: _____

NOTIFICACION DE ELEGIBILIDAD PARA MEDI-CAL

VIUDO(A) INCAPACITADO(A)

(County Stamp)

Nombre del Caso:

No. del Caso:

Distrito:

Esto Afecta a:

Su solicitud para beneficios de Medi-Cal, sin una parte del costo, bajo el Programa de Viudo(a) Incapacitado(a), ha sido aprobada. Usted tiene derecho a recibir beneficios de Medi-Cal sin tener que pagar parte del costo comenzando el _____.

Lleve siempre consigo su tarjeta de Medi-Cal. Lleve esta tarjeta a su doctor o a cualquier otro proveedor de Medi-Cal cada que usted solicite servicios médicos.

El Programa de Viudo(a) incapacitado(a) proporciona beneficios de Medi-Cal, sin parte del costo, para ciertas personas hasta que éstas reúnan los requisitos para recibir Medicare, o reciban Medicare.

Para recibir información adicional, comuníquese con su trabajador(a):

Los ordenamientos que exigen esta acción son las siguientes secciones del Título 22 del Código de Ordenamientos de California:

_____	_____	_____
Trabajador(a) de Elegibilidad	Teléfono	Fecha

SUS DERECHOS A UNA AUDIENCIA

Para pedir una audiencia con el estado

- Usted tiene solamente 90 días para solicitar una audiencia. Los 90 días comenzaron un día después de la fecha en que le dimos o enviamos esta notificación.
- Si desea seguir recibiendo los mismos beneficios, tiene menos tiempo para pedir una audiencia .

Para conservar sus mismos beneficios mientras espera una audiencia

Tiene que solicitar la audiencia antes que la acción entre en vigor.

- Su asistencia monetaria permanecerá sin cambios hasta que se lleve a cabo su audiencia.
- Su Medi-Cal permanecerá sin cambios hasta que se lleve a cabo su audiencia.
- Sus estampillas para comida permanecerán sin cambios hasta que se lleve a cabo la audiencia o hasta el fin de su período de certificación; lo que ocurra primero.
- Sus pagos del Programa de Transición de Cuidado de Niños (TCC) permanecerán sin cambios hasta que se lleve a cabo la audiencia o hasta el fin del período en que usted reúna los requisitos; lo que ocurra primero. **Con respecto a todos los otros programas de cuidado de niños, sus beneficios NO permanecerán sin cambios hasta que se lleve a cabo su audiencia.**
- Si la decisión de la audiencia indica que estamos en lo correcto, usted nos deberá cualquier asistencia monetaria o estampillas para comida que usted haya recibido de más.

Para que se descontinúen ahora sus beneficios

Si usted desea que se descontinúe su asistencia monetaria o sus estampillas para comida mientras espera una audiencia, marque una o ambas casillas.

☐ Asistencia monetaria ☐ Estampillas para Comida

Para obtener ayuda

Puede obtener información acerca de sus derechos a una audiencia o asesoría legal gratuita llamando al teléfono de información del estado.

Número gratuito: 1-800-952-5253

Si es sordo y usa TDD: 1-800-952-8349

Es posible que pueda obtener asesoría legal gratuita en la oficina local de asesoramiento legal (legal aid) o del grupo de derechos de las personas que reciben asistencia pública.

Otra Información

Mantenimiento de hijos y/o mantenimiento médico: La oficina del Fiscal del Distrito le ayudará a cobrar mantenimiento de hijos aun cuando no esté recibiendo asistencia monetaria. Este servicio es gratuito. Si en la actualidad están cobrando mantenimiento de hijos a su nombre, ellos continuarán haciéndolo hasta que usted les dé aviso por escrito indicándoles que paren. Le enviarán a usted cualesquier cantidades actuales de mantenimiento que cobren. Se quedarán con las cantidades vencidas cobradas que se le deban al condado.

Planificación familiar: Su oficina de bienestar le proporcionará información cuando usted la solicite.

Expediente de la audiencia: Si usted solicita una audiencia, la oficina de audiencias con el estado formará un expediente. Usted tiene el derecho de examinar este expediente. El Estado puede dar su expediente al departamento de bienestar, al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos y al Departamento de Agricultura de los Estados Unidos. (Sección 10950 del Código de Bienestar e Instituciones)

COMO PEDIR UNA AUDIENCIA CON EL ESTADO

La mejor manera de solicitar una audiencia es llenando esta página. Haga una copia del frente y del reverso para sus archivos. Luego envíe esta página a:

Su trabajador(a) le dará a usted una copia de esta página si la pide Otra manera de solicitar una audiencia es llamando al 1-800-952-5253. Si es sordo y usa TDD, llame al: 1-800-952-8349.

PETICION PARA UNA AUDIENCIA

Deseo solicitar una audiencia a causa de una acción tomada por e

Departamento de Bienestar del Condado de _____

_____, acerca de mi(s)

☐ Asistencia monetaria ☐ Estampillas para Comida

☐ Medi-Cal ☐ Cuidado de Niños ☐ Otro (anote) _____

La razón es la siguiente: _____

☐ Marque aquí y agregue otra hoja si necesita más papel.

☐ Quiero que la persona mencionada abajo me represente en esta audiencia. Le doy permiso a esta persona que vea mis expedientes o que vaya a la audiencia en mi lugar.

NOMBRE _____

DIRECCION _____

☐ Necesito un intérprete sin costo para mí.
Mi idioma es el: _____

Mi nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Mi No. de caso: _____

Mi firma: _____

Fecha: _____

NOTICE OF MEDI-CAL ELIGIBILITY

DISABLED WIDOW(ER)

(County Stamp)

Case Name:

Case No:

District:

This Affects:

Your application for Medi-Cal benefits, without a share of cost, under the Disabled Widow(er) Program, has been approved. You are entitled to receive no-share-of-cost Medi-Cal benefits beginning _____.

Carry your Medi-Cal card with you at all times. Take this card to your doctor or any other Medi-Cal provider when you request medical services.

The Disabled Widow(er) Program provides Medi-Cal benefits, without any cost, for certain people until they are eligible for or receive Medicare.

For additional information, contact your worker:

The regulations which require this action are California Code of Regulations, Title 22, Section(s):

_____	_____	_____
Eligibility Worker	Phone	Date

YOUR HEARING RIGHTS

To Ask For a State Hearing

- You only have 90 days to ask for a hearing. The 90 days started the day after we gave or mailed you this notice.
- You have a much shorter time to ask for a hearing if you want to keep your same benefits.

To Keep Your Same Benefits While You Wait For a Hearing

You must ask for a hearing before the action takes place.

- Your Cash Aid will stay the same until your hearing.
- Your Medi-Cal will stay the same until your hearing.
- Your Food Stamps will stay the same until the hearing or the end of your certification period, whichever is earlier.
- Your Transitional Child Care (TCC) will stay the same until the hearing or the end of your eligibility period, whichever is earlier. **For all other child care programs, your benefits will NOT stay the same until your hearing.**
- If the hearing decision says we are right, you will owe us for any extra cash aid or food stamps you got.

To Have Your Benefits Cut Now

If you want your Cash Aid or Food Stamps cut while you wait for a hearing, check one or both boxes.

☐ Cash Aid ☐ Food Stamps

To Get Help

You can ask about your hearing rights or free legal aid at the state information number.

Call toll free: 1-800-952-5253

If you are deaf and use TDD, call: 1-800-952-8349

You may get free legal help at your local legal aid office or welfare rights group.

Other Information

Child and/or Medical Support: The District Attorney's office will help you collect support even if you are not on cash aid. There is no cost for this help. If they now collect support for you, they will keep doing so unless you tell them in writing to stop. They will send you any current support money collected. They will keep past due money collected that is owed to the county.

Family Planning: Your welfare office will give you information when you ask for it.

Hearing File: If you ask for a hearing, the State Hearing Office will set up a file. You have the right to see this file. The State may give your file to the Welfare Department, the U.S. Department of Health and Human Services and the U.S. Department of Agriculture. (W. & I. Code Section 10950).

HOW TO ASK FOR A STATE HEARING

The best way to ask for a hearing is to fill out this page. Make a copy of the front and back for your records. Then, send or take this page to:

Your worker will get you a copy of this page if you ask. Another way to ask for a hearing is to call 1-800-9[illegible] 5253. If you are deaf and use TDD, call: 1-800-952-8349.

HEARING REQUEST

I want a hearing because of an action by the Welfare Department of _____ County about my

☐ Cash Aid ☐ Food Stamps ☐ Medi-Cal ☐ Child Care

☐ Other (list) _____

Here's why: _____

☐ Check here and add a page if you need more space.

☐ I want the person named below to represent me at this hearing. I give my permission for this person to see my records or come to the hearing for me.

NAME _____

ADDRESS _____

☐ I need a free interpreter.
My language or dialect is: _____

My name: _____

Address: _____

Phone: _____

My case number: _____

My signature: _____

Date: _____

MEDI-CAL DENIAL/DISCONTINUANCE

DISABLED WIDOW(ER)

(County Stamp)

Case Name:

Case No:

District:

This Affects:

We have reviewed the information that you provided and have determined that you are NOT currently eligible to receive no share of cost Medi-Cal benefits under the DISABLED WIDOW(ER) PROGRAM.

☐ You have been discontinued effective _____.

☐ Your application for Medi-Cal dated _____ has been denied.

Here's why:

Note: This action will not affect any Medi-Cal benefits that you may be currently receiving under another Medi-Cal program.

IF YOU HAVE A PLASTIC CARD, DO NOT THROW IT AWAY.

For additional information, contact:

The regulations which require this action are California Code of Regulations, Title 22, Section(s):

_____	_____	_____
Eligibility Worker	Phone	Date

YOUR HEARING RIGHTS

To Ask For a State Hearing

- You only have 90 days to ask for a hearing. The 90 days started the day after we gave or mailed you this notice.
- You have a much shorter time to ask for a hearing if you want to keep your same benefits.

To Keep Your Same Benefits While You Wait For a Hearing

You must ask for a hearing before the action takes place.

- Your Cash Aid will stay the same until your hearing.
- Your Medi-Cal will stay the same until your hearing.
- Your Food Stamps will stay the same until the hearing or the end of your certification period, whichever is earlier.
- Your Transitional Child Care (TCC) will stay the same until the hearing or the end of your eligibility period, whichever is earlier. **For all other child care programs, your benefits will NOT stay the same until your hearing.**
- If the hearing decision says we are right, you will owe us for any extra cash aid or food stamps you got.

To Have Your Benefits Cut Now

If you want your Cash Aid or Food Stamps cut while you wait for a hearing, check one or both boxes.

☐ Cash Aid ☐ Food Stamps

To Get Help

You can ask about your hearing rights or free legal aid at the state information number.

Call toll free: 1-800-952-5253

If you are deaf and use TDD, call: 1-800-952-8349

You may get free legal help at your local legal aid office or welfare rights group.

Other Information

Child and/or Medical Support: The District Attorney's office will help you collect support even if you are not on cash aid. There is no cost for this help. If they now collect support for you, they will keep doing so unless you tell them in writing to stop. They will send you any current support money collected. They will keep past due money collected that is owed to the county.

Family Planning: Your welfare office will give you information when you ask for it.

Hearing File: If you ask for a hearing, the State Hearing Office will set up a file. You have the right to see this file. The State may give your file to the Welfare Department, the U.S. Department of Health and Human Services and the U.S. Department of Agriculture. (W. & I. Code Section 10950).

HOW TO ASK FOR A STATE HEARING

The best way to ask for a hearing is to fill out this page. Make a copy of the front and back for your records. Then, send or take this page to:

Your worker will get you a copy of this page if you ask. Another way to ask for a hearing is to call 1-800-952-5253. If you are deaf and use TDD, call: 1-800-952-8349.

HEARING REQUEST

I want a hearing because of an action by the Welfare Department of _____ County about my

☐ Cash Aid ☐ Food Stamps ☐ Medi-Cal ☐ Child Care

☐ Other (list) _____

Here's why: _____

☐ Check here and add a page if you need more space.

☐ I want the person named below to represent me at this hearing. I give my permission for this person to see my records or come to the hearing for me.

NAME _____

ADDRESS _____

☐ I need a free interpreter.
My language or dialect is: _____

My name: _____

Address: _____

Phone: _____

My case number: _____

My signature: _____

Date: _____