

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

**Instrucciones:** marque la casilla o casillas que correspondan a su hogar y después devuelva este formulario firmado.

**Nota:** este formulario debe ser presentado dentro de los 10 días de su reporte de pérdida de comida o su hogar podría no ser elegible para recibir un reemplazo de beneficios.

## INFORMACIÓN ACTUAL SOBRE EL HOGAR

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

## DECLARACIÓN JURADA 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:

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 arruinó la comida en una desgracia o un desastre del hogar. Qué sucedió y cuándo:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Audiencia estatal: Si cree que esta acción está equivocada, puede solicitar una audiencia. El reverso de esta página le dice cómo hacerlo. Sus beneficios no cambiarán si solicita una audiencia antes de que esta acción se lleve a cabo.

## SUPLEMENTO POR DESASTRE

- Mi hogar vivió o trabajó en un área declarada federalmente de desastre con asistencia individual (Individual Assistance o IA) y he sufrido al menos un efecto adverso como resultado del desastre.

Afirmo que mi declaración es verdadera y correcta a 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 \_\_\_\_\_

## 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 \_\_\_\_\_

CalFresh Benefit Replacement Amount \$ \_\_\_\_\_

CFAP 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: \_\_\_\_\_  
 Puede revisarlas en su oficina del condado local.

# SU DERECHO A UNA AUDIENCIA

## SU DERECHO A UNA AUDIENCIA (Vea también PUB 412 en [www.cdss.ca.gov/inforesources/state-hearings](http://www.cdss.ca.gov/inforesources/state-hearings))

Puede solicitar una audiencia si no está de acuerdo con una acción o falta de acción del condado/agencia. Tiene **90 días** para hacerlo a partir del día siguiente a la fecha del aviso. Después de los 90 días, debe demostrar que tenía un motivo justificado para solicitarla tarde. También puede solicitar una audiencia para revisar sus beneficios de los últimos 90 días. Si solicita una audiencia antes de la fecha del cambio, sus beneficios no cambiarán. Sus beneficios de CalFresh se discontinuarán si no vuelve a certificar cuando se debe.

- **En línea** en [acms.dss.ca.gov](http://acms.dss.ca.gov). Seleccione "Create an account" (crear una cuenta) para tener una cuenta ACMS y obtener documentos en línea; o seleccione "Submit Appeal without Account" (presentar una apelación sin una cuenta) para presentar una apelación sin una cuenta O
- **Llame gratis** al (800) 743-8525 (o TDD (800) 952-8349) O
- **Fax** - complete está página y envíela por fax al (833) 281-0905 O
- Complete esta página y envíela de una de las siguientes maneras:
  - o **En persona:** \_\_\_\_\_
  - o **Por correo postal:**  
CDSS State Hearings Division,  
PO Box 944243, MS 21-37  
Sacramento CA 94244-2430
  - o **Por correo electrónico:** [SHDCSU@DSS.ca.gov](mailto:SHDCSU@DSS.ca.gov)

## PETICIÓN PARA UNA AUDIENCIA

1. Mi problema de audiencia involucra a \_\_\_\_\_ (programa de beneficios) y al condado/agencia \_\_\_\_\_.
2. Quiero una audiencia porque: \_\_\_\_\_
3. Nombre de la persona que necesita una audiencia: \_\_\_\_\_ Fech. de nac.: \_\_\_\_\_
4. Dirección postal: \_\_\_\_\_ Núm. de teléfono: \_\_\_\_\_  
Quiero recibir avisos de audiencia por parte de la División de Audiencias Estatales por correo electrónico.  
**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_
5. **Nombre/Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_
6. Intérprete: Quiero un intérprete **gratis** para el idioma o dialecto \_\_\_\_\_.
7. ¿Adaptación por discapacidad para la audiencia? No Sí (explique): \_\_\_\_\_
8. Su audiencia se programará por teléfono. Si desea que su audiencia se lleve a cabo por un método diferente, díganos cómo:  
Por teléfono Por vídeo (*ve al juez en su teléfono/computadora*) En persona en el sitio de audiencia del condado  
No tengo teléfono ni acceso a internet. Quiero ir y usar el teléfono o el vídeo en el sitio de audiencia para mi audiencia.
9. Necesito una audiencia programada más rápida debido a: Denegación de beneficios de emergencia de CalFresh o CalWORKs  
Emergencia médica Desalojo/Sin hogar Otro (explique): \_\_\_\_\_
10. Si presenta su apelación de manera oportuna, antes de que entre en vigor la acción enumerada en el aviso, su asistencia permanecerá igual. Para CalWORKs (incluyendo el cuidado infantil) y CalFresh, si la acción del condado era correcta, tiene que devolver cualquier asistencia adicional.  
Marque para que mientras espera la audiencia le reduzcan o suspendan sus beneficios de:  
CalWORKs Cuidado infantil CalFresh
11. Puede pedirle a un amigo, pariente, asesor legal u otra persona que lo ayude con su audiencia. **Si han acordado:**  
NOMBRE: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_
12. **Para obtener ayuda:** Estos grupos mencionados a continuación pueden brindarle asesoramiento legal o representarlo en la audiencia: