

PAQUETE INFORMATIVO DE CALFRESH

POR FAVOR CONSERVE ESTE PAQUETE

Lea estos formularios cuidadosamente y consévelos para información. Si desea más información o una remisión para otros servicios, por favor llame al Centro de Servicio al Cliente al 1-877-652-0731.

El Condado de Shasta no discrimina por motivos de discapacidad en la inscripción, acceso, o funcionamiento de sus edificios, instalaciones, programas, servicios o actividades. El condado no discrimina por motivos de discapacidad en sus prácticas de procesos de contratación o empleo.

Formularios incluidos en el paquete

NOMBRE DEL FORMULARIO	FECHA	NUMERO DEL FORMULARIO
Portada Del Paquete informativo de CalFresh	05/24	Portada (Amarilla brillante)
Anuncio de Servicios de Idiomas	06/17	GEN 1365
Sus Derechos - (Your Rights Under California Public Benefits Programs – For People Applying For Or Receiving Public Aid In California)	05/22	PUB 13
Planificación familiar...Comprometiéndose para un futuro saludable	04/07	PUB 275
Tarjeta de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT) De California	02/24	PUB 388
Volate de Información Sobre La Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT) Libre de Recargos-Depósitos Directos (EBT Surcharge Free – Direct Deposit Handout)	04/23	EBT 2216
Registro de votantes en línea		

NOTICE OF LANGUAGE SERVICES

Your eligibility for public benefits could be affected by information contained in this letter. Your response may be required by a certain date. If you need additional help with this information, you can call your county worker. You have the right to ask for help in your own language. There is no cost for this help.

(English)

Su elegibilidad para recibir beneficios públicos podría ser afectada por la información contenida en esta carta. Su respuesta podría ser requerida antes de cierta fecha. Si necesita ayuda adicional con esta información, llame a su trabajador del condado. Tiene el derecho a pedir ayuda en su propio idioma. No hay ningún costo para esta ayuda.

(Spanish)

قد تتأثر أهليتك للحصول على المزايا العامة بالمعلومات الواردة في هذه الرسالة. قد يكون ردك مطلوبًا بحلول تاريخ معين. إذا احتجت إلى مساعدة إضافية لفهم هذه المعلومات، فيمكنك الاتصال بمسؤول الملف في مقاطعتك. لديك الحق في طلب المساعدة بلغتك. لا توجد تكلفة مقابل هذه المساعدة.

(Arabic)

Այս նամակում պարունակվող տեղեկությունները կարող են ազդել սեփական նպաստներ ստանալու Ձեր իրավասություն վրա: Ձեր պատասխանը կարող է պահանջվել մինչև որոշակի ամսաթիվը: Եթե Ձեզ այս տեղեկությունների հետ կապված լրացուցիչ օգնություն է հարկավոր, կարող եք դիմել Ձեր վարչաշրջանի աշխատակցին: Դուք իրավունք ունեք Ձեր մայրենի լեզվով օգնություն ստանալու: Այդ ծառայությունն անվճար է:

(Armenian)

សិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍សាធារណៈរបស់អ្នក អាចត្រូវប៉ះពាល់ដោយសារព័ត៌មានដែលមាននៅក្នុង លិខិតនេះ។ ការឆ្លើយតបរបស់អ្នកចាំបាច់ត្រូវឱ្យបានតាមកាលកំណត់។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយបន្ថែម ទាក់ទងនឹងព័ត៌មាននេះ អ្នកអាចទូរសព្ទទៅកាន់បុគ្គលិកធ្វើការនៅក្នុងខោនធីរបស់អ្នក។ អ្នកមានសិទ្ធិស្នើសុំ ជំនួយភាសាកំណើតរបស់អ្នក។ ការផ្តល់ជំនួយនេះពុំមានគិតថ្លៃនោះទេ។

(Cambodian)

您的公共福利资格可能会受到本信中所含信息的影响。您可能需要在特定日期内作出回应。如果您需要 有关此信息的其他帮助，您可以致电所在区县的工作人员。您有权使用母语请求帮助，并無費获取该类 帮助。

(Chinese)

صلاحیت شما برای برخورداری از مزایای عمومی ممکن است با اطلاعات مندرج در این نامه تحت تأثیر قرار بگیرد. ممکن است تا تاریخ معینی ملزم به دادن پاسخ باشید. اگر به کمک بیشتری نیاز دارید، می توانید با مددکار کانتی تان تماس بگیرید. شما حق دارید درخواست کنید که کمک به زبان خودتان ارائه شود. ارائه این کمک هزینه ای برای شما در بر ندارد.

(Farsi)

इस पत्र में दीये हुये जानकारी के कारण आपकी सार्वजनिक लाभों की योग्यता प्रभावित हो सकती है। एक निश्चित तिथि तक आपके उत्तर की आवश्यकता हो सकती है। यदि आपको इस जानकारी के सन्दर्भ में अतिरिक्त सहायता चाहिए तो अपने काउंटी कार्यकर्ता से संपर्क करें। आपको अपनी भाषा में सहायता की माँग करने का अधिकार है। इस सहायता के लिए कोई शुल्क नहीं लगता।

(Hindi)

Koj txoj kev pab los ntawm pej xeev cov kev pab cuam yuav cuam tshuam txog qhov muaj cai tau txais kev pab. Tej zaum koj yuav tsum teb rov qab mus raw li hnuv hais tseg. Yog koj tsis nkag siab cov ntaub ntawv no hu rau tus neeg pab lis hauv lwm hauv koj lub zos. Koj muaj txoj cai thov kev pab ua yog hais koj hom lus. Yuav tsis tau them nqi dab tsi rau qhov kev pab no.

(Hmong)

あなたの公的給付金の受領資格は、本文書に含まれる情報によって影響を及ぼされる可能性があります。回答を期限までに要請される可能性があります。本情報に関してさらに援助が必要な場合は、郡の職員にお電話にてお問い合わせください。言語支援サービスがご利用できます。このサービスは無料です。

(Japanese)

공공 혜택에 관한 귀하의 자격이 이 편지에 포함된 내용에 의해 영향을 받을 수 있습니다. 귀하께서는 정해진 날짜까지 이에 응답할 필요가 있을 수도 있습니다. 본 내용과 관련하여 도움이 필요하시면 카운티 담당 직원에게 연락하십시오. 귀하의 사용 언어로 도움을 요청하실 수 있는 권리가 있습니다. 도움 비용은 무료입니다.

(Korean)

ຜົນປະໂຫຍດການຊ່ວຍເຫຼືອຂອງທ່ານ ອາດໄດ້ຮັບຜົນກະທົບຈາກຂໍ້ມູນໃນຈົດໝາຍສະບັບນີ້. ທ່ານອາດຈຳຕ້ອງຕອບກັບຄືນພາຍໃນວັນທີທີ່ໄດ້ກຳນົດໄວ້. ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອກັບຂໍ້ມູນນີ້, ທ່ານສາມາດໂທຕິດຕໍ່ພະນັກງານປະຈຳຄາວເຖິງຂອງທ່ານໄດ້. ທ່ານມີສິດທີ່ຈະຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານ. ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າໃນການຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອນີ້.

(Lao)

Meih duqv zipv naaiv zeiv waa-fienx bun taux meih se wueic laaix benx zuqc ninh yaac haih maaih jau-louc mingh ging-dongx taux meih nyei ze'buonc pui-zipv tengxx fu'loqc nyaanh aengx caux oix zuqc heuc meih dau waac daaux nqaang bun nzuonx hingh gan hnoi-nyieqc ziangh hoc.. Se gorngv meih maiv bieqc hnyouv taux naaiv deix waa-fienx jau-louc nor korh waac mingh buangh taux meih nyei kaau div gong-gorn zangc zoux gong mienh. Meih corc maaih do-leiz ze'buonc tov heuc tengx faan benx meih nyei mienh fingz waac bun muangx maiv zuqc cuotv haaix diuc jaa-zinh.

(Mien)

ਜਨਤਕ ਲਾਭ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਗਤਾ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਇਸ ਪੱਤਰ ਵਿਚ ਸ਼ਾਮਲ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇ ਮੁਤਾਬਿਕ। ਇੱਕ ਖਾਸ ਤਾਰੀਖ ਤੱਕ ਤੁਹਾਡੇ ਜਵਾਬ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇ ਨਾਲ ਹੋਰ ਵਾਧੂ ਮਦਦ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਇਲਾਕੇ ਦੇ ਵਰਕਰ ਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਲੈਣ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ। ਇਹ ਮਦਦ ਮੁਫਤ ਹੈ।

(Punjabi)

STATE OF CALIFORNIA – HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Информация, содержащаяся в этом письме, может повлиять на Ваше право получать государственные пособия. Возможно, Вам необходимо будет предоставить ответ до определенной даты. Если Вам нужна дополнительная помощь в связи с этой информацией, обратитесь к сотруднику администрации округа. У Вас есть право обратиться за помощью на Вашем родном языке. Эта помощь оказывается бесплатно.

(Russian)

การมีคุณสมบัติที่จะได้รับเลือกผลประโยชน์ของภาครัฐของคุณมีผลกระทบจากข้อมูลในจดหมายฉบับนี้ การตอบรับของคุณจะต้องทำภายในเวลาที่กำหนด หากคุณต้องการความช่วยเหลือจากข้อมูลนี้ คุณสามารถติดต่อกับพนักงานในท้องที่ คุณมีสิทธิ์ที่จะขอความช่วยเหลือโดยใช้ภาษาของคุณ ไม่มีค่าใช้จ่ายในการขอความช่วยเหลือ)

(Thai)

Ang iyong pagiging karapat-dapat para sa mga pampublikong benepisyo ay maaaring makaapekto sa impormasyong nilalaman ng liham na ito. Ang iyong tugon ay maaaring kailanganin sa pagsapit ng partikular na petsa. Kung kailangan mo ng karagdagang tulong sa impormasyong ito, maaari mong tawagan ang iyong manggagawa sa county. May karapatan kang humingi ng tulong sa sarili mong wika. Walang gagastusin para sa tulong na ito.

(Tagalog)

Інформація, яку надано цим листом, може вплинути на Ваші умови отримання допомоги по соціальному забезпеченню. Вона також може вимагати від вас відповіді не пізніше певної дати. Якщо Ви потребуєте додаткової допомоги відносно наданої інформації, зателефонуйте працівнику місцевої служби. Ви маєте право на отримання безкоштовних послуг перекладача.

(Ukrainian)

Tính đủ điều kiện nhận các phúc lợi công cộng của quý vị có thể bị ảnh hưởng bởi thông tin có trong thư này. Chúng tôi có thể yêu cầu quý vị hồi đáp trước một ngày cụ thể. Nếu quý vị cần thêm trợ giúp với thông tin này, quý vị có thể gọi đến nhân viên tại quận hạt của quý vị. Quý vị có quyền yêu cầu trợ giúp bằng ngôn ngữ của quý vị. Quý vị không mất chi phí khi nhận sự trợ giúp này.

(Vietnamese)

QUEJA DE DISCRIMINACIÓN

Si usted cree que ha sido víctima de discriminación, puede presentar una queja. La oficina específica donde tiene que presentar su queja depende del tipo de queja que tenga.

Para todos los programas administrados por la oficina de su condado: Pídale a la oficina del condado el nombre, la dirección y el número de teléfono de su coordinador de derechos civiles. La oficina del condado, no la oficina del estado, investigará su queja independientemente.

Para Covered California:

Civil Rights Coordinator Covered California
PO Box 989725
West Sacramento, CA 95789
(916) 228-8764

CivilRights@covered.ca.gov

Para el Programa Medi-Cal y el Programa Dental de Medi-Cal:

Puede contactar con el coordinador de derechos civiles del condado, el Departamento de Servicios para el Cuidado de la Salud del Estado o el Departamento Federal de Salud y Servicios Humanos.

Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
PO Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413
(916) 440-7370 or 711 (Calif. Relay Service)
CivilRights@dhcs.ca.gov

Para todos los demás programas estatales cubiertos por este folleto:

Civil Rights Unit
California Department of Social Services
PO Box 944243, MS 9-7-41
Sacramento, CA 94244-2430
(866) 741-6241 (gratuito)
crb@dss.ca.gov

Para presentar una queja de CalFresh ante la agencia federal:

United States Department of Agriculture
Director, Office of Adjudication
1400 Independence Avenue, S.W.
Washington, D.C. 20250-9410
(866) 632-9992 (gratuito) o (202) 260-1026
(800) 877-8339 (discapacidades auditivas)
program.intake@usda.gov

Para presentar una queja ante una agencia federal: Solamente para discriminación basada en raza,

color, origen nacional, discapacidad, edad o sexo:

Centralized Case Management Operation
United States Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue,
S.W. Room 509F HHH Bldg.
Washington DC, 20201

Presente una queja en línea en:
[Portal de quejas de derechos civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.](#)

(800) 368-1019 (gratuito)
(800) 537-7697 (discapacidades auditivas)

Límites de tiempo para una queja por discriminación
Tiene que presentar una queja por discriminación dentro de 180 días a partir de la fecha en que fue discriminado.

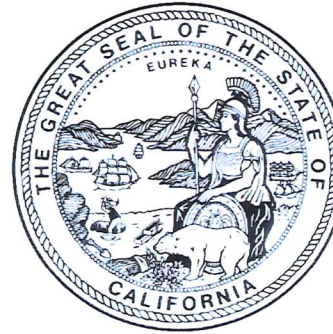
Si la discriminación también afectó la cantidad de sus beneficios o servicios, pida una audiencia.

En la audiencia, los jueces no pueden tomar decisiones sobre quejas de discriminación.

Una investigación de discriminación no puede cambiar la cantidad de sus beneficios o niveles de servicio. Solamente una audiencia con el Estado puede hacer eso. Las oficinas no pueden tomar represalias en su contra si usted solicita una audiencia o presenta una queja por discriminación.

PROGRAMAS CUBIERTOS EN ESTE FOLLETO

- Programa de Asistencia para Adopciones (AAP)
- Programa de Alcohol y Drogas (ADP)
- Programa de California para la Asistencia Alimentaria (CFAP)
- CalWORKs
- Programa de Asistencia Monetaria para Inmigrantes (CAPI)
- CalFresh (Estampillas para comida)
- Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)
- Elegibilidad para Covered California
- Servicios para el bienestar infantil (*child welfare*) / crianza temporal (*foster care*)
- Programas de vivienda a través de las oficinas de servicios sociales del condado
- Programa de Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS)
- Programa de Pagos de Asistencia para Parientes que Son Tutores Legales de un Menor (KinGAP)
- Medi-Cal – Programa Dental de Medi-Cal
- Asistencia Monetaria para Refugiados
- Aprobaciones de Familias de Apoyo (RFA)
- Programa de opciones de Financiación para Cuidadores Aprobados que Son Parientes (ARC)
- Asignación para animales de servicio



State of California
(Estado de California)

Health & Human Services Agency
(Secretaría de Salud y Servicios Humanos)

Department of Social Services
(Departamento de Servicios Sociales)

Este folleto está disponible en los siguientes idiomas en la oficina de bienestar público de su condado y en [sitio web del CDSS](#):

- Árabe
- Armenio
- Camboyano
- Chino
- Farsi
- Hmong
- Japonés
- Coreano
- Laosiano
- Mien
- Portugués
- Punjabi
- Ruso
- Español
- Tagalo
- Ucraniano
- Vietnamita

También está disponible de forma gratuita en una versión de letra grande, en Braille y formatos de audio.

Este folleto explica sus derechos a igualdad de beneficios y servicios, cómo solicitar asistencia en otro idioma o adaptaciones razonables para una discapacidad, y cómo presentar una queja por discriminación.

PUB 13 (SP) (5/22)

SUS DERECHOS

BAJO LOS PROGRAMAS DE ASISTENCIA
PÚBLICA DE CALIFORNIA



..... para las personas que solicitan o reciben
asistencia pública en California



Díganos si necesita ayuda debido a una
discapacidad.



Pida un intérprete gratis

Las oficinas de asistencia pública cumplen con las leyes federales y estatales, y no pueden discriminar, excluir o proporcionarle asistencia, beneficios u otros servicios que sean diferentes de los que se proporcionan a otros

SUS DERECHOS

Todas las personas y organizaciones que proporcionen asistencia pública tienen que respetar sus derechos. Le pueden ayudar a entender y solicitar beneficios y servicios.

Usted tiene derecho a servicios gratuitos de un intérprete.

- يحق لك الحصول على مترجم فوري مجانًا
- Դուք անվճար թարգմանչի իրավունք ունեք:
- မှန်မာစံနှိုင်းခွင့်လွန်ကဲပေးခြင်းခံယူမှုမရှိစေရန်
- 您有權免費獲得口譯員
- شما حق دسترسی به یک مترجم (ترجمان) رایگان را دارید.
- Koj muaj txoj cai kom tus neeg txhaus lus tsis raug them nqi
- あなたには無料の通訳をもらう権利があります
- 귀하는 통역사를 무료로 이용할 권리가 있습니다
- ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບບາງພາສາໄດ້ຍ່ອຍຮ່ອນ
- mula sa nakasulat na ingles hanggang sa nakasulat
- Você tem direito a um intérprete, gratuitamente
- ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ, ਮੁਫਤ
- Вы имеете право на бесплатные услуги переводчика
- Tiene derecho a servicios gratuitos de un intérprete
- May karapatan ka sa isang tagasalín, nang walang bayad
- Ви має право на перекладача безкоштовно
- Quý vị có quyền có được một thông dịch viên miễn phí.

Solicite asistencia con el idioma a la oficina responsable de sus beneficios o servicios.

USTED TIENE DERECHO A:

1. Entender lo que está pasando con su solicitud o beneficios.
2. Obtener explicaciones, por escrito y orales, sobre su solicitud o beneficios. Tiene derecho a servicios gratuitos de un intérprete para poder entender esta información. Solicite asistencia en otro idioma a la oficina responsable de sus beneficios/servicios.
3. Si la oficina estatal tiene la explicación por escrito en otros idiomas aparte del inglés usted tiene derecho a obtener esta

información en esos idiomas.

4. Obtener un recibo para cada documento que entregue en persona.
5. Ver el expediente de su caso.
6. Ver las leyes y reglamentos sobre su programa.
7. Pedirle a un juez que revise cualquier decisión de la oficina estatal sobre su elegibilidad, beneficios o servicios.
8. No ser discriminado al solicitar o recibir beneficios o servicios de un programa.
9. Presentar una queja de discriminación.
10. Obtener "adaptaciones razonables" si es que tiene una discapacidad. Esta es una ayuda específica para que usted pueda acceder al programa o participar en él.
11. Mantener su información confidencial.
12. Ser tratado con cortesía y respeto.

SI TIENE PROBLEMAS CON SUS BENEFICIOS O SERVICIOS:

Mantenga un expediente de toda su información, todos sus documentos y cualquier contacto que haya tenido con la oficina.

Obtenga un recibo para cada documento que entregue.

Otra persona puede acompañarle en las citas.

Puede presentar una queja. Hay 4 maneras de hacer esto:

1. **Queja informal:** Pida hablar con un supervisor sobre problemas que tenga con un trabajador o para revisar las reglas y la acción que se va a tomar en relación con sus beneficios o servicios.
2. **Audiencia con el Estado:** Solicite una audiencia con el Estado si no está de acuerdo con una acción o inacción de la oficina sobre sus beneficios o servicios. Debe solicitar una audiencia antes de que pasen 90 días a partir de la fecha del aviso de la oficina sobre sus beneficios o servicios. Si solicita una audiencia después de los 90 días, un juez determinará si usted tiene un motivo justificado por solicitarla tarde, como una enfermedad o discapacidad.
3. **Queja por discriminación:** Vea la sección de *Quejas de discriminación*. Es posible que tenga diferentes derechos para presentar una queja ante oficinas estatales o federales.
4. **Reclamación (grievance):** Puede presentar una queja con la oficina si tiene un

procedimiento para presentar quejas. **Esto no protege sus beneficios de la misma manera que lo hace el pedir una audiencia con el Estado.**

AUDIENCIAS CON EL ESTADO

También puede solicitar una audiencia con el Estado si la oficina del condado no le da los beneficios o servicios que cree que puede recibir. Vea el [PUB 412](#) para obtener información sobre audiencias con el Estado.

Nota: Si su problema es con el Programa de Asistencia General o Ayuda General, debe solicitarle al condado una audiencia con el condado.

Si su problema es con sus beneficios de Seguro Social, debe comunicarse con la Administración del Seguro Social para solicitar una audiencia.

CÓMO PEDIR UNA AUDIENCIA CON EL ESTADO

Puede solicitar una audiencia con el Estado en línea, por teléfono, por fax, por correo electrónico o por correo postal.

En línea: [ACMS.dss.ca.gov](#) - Puede crear una cuenta para obtener toda la información de su apelación en línea, o entregar una solicitud en línea sin una cuenta.

Teléfono: 1-800-743-8525
Email: SHDCSU@dss.ca.gov
Fax: 833-281-0905
Correo: State Hearings Division
PO Box 944243, MS 21-37
Sacramento, CA 94244-2430

AUDIENCIAS ACELERADAS

Si tiene un problema urgente, puede solicitar una audiencia "acelerada" para que la audiencia se lleve a cabo más pronto. Para Medi-Cal, esto es cuando la programación regular de audiencias podría poner en riesgo la vida o la salud física o mental del participante. Audiencias Estatales decidirá y le hará saber si se puede acelerar su caso.

LA DISCRIMINACIÓN ESTÁ PROHIBIDA

Las leyes estatales prohíben que las oficinas de asistencia pública le nieguen beneficios o servicios a lo que le proporcionen asistencia que es diferente a la que proporcionan a otras personas basándose en su:

raza, color, ascendencia, origen nacional (incluyendo su idioma), grupo étnico, edad, discapacidad física o mental, afección médica, religión, sexo, género, identidad o expresión de género, orientación sexual, estado civil, relación doméstica, afiliación política, ciudadanía,

estado migratorio e información genética.

Las leyes federales también prohíben la discriminación basada en algunas, aunque no todas, de las razones antes mencionadas. Las leyes federales también prohíben:

El demorar o denegar la colocación de un niño para su adopción o su ingreso en un hogar de crianza temporal basándose en la raza, el color o el origen nacional del niño o de los padres adoptivos / de crianza temporal;

El denegarle a cualquier persona la oportunidad de hacerse padre/madre adoptivo o de crianza temporal basándose en la raza, el color o el origen nacional del niño o de la persona involucrado.

EJEMPLOS DE DISCRIMINACIÓN

La oficina del condado no le proporciona un intérprete gratuito.

Un trabajador comparte información sobre programas y servicios con un grupo étnico específico, pero no con otros grupos étnicos.

La oficina no le proporcionará versiones de información escrita en letra grande o Braille que necesite debido a una discapacidad.

Un trabajador lo trata de manera diferente después de enterarse de su religión u orientación sexual.

No puede asistir a citas porque el edificio no tiene un elevador y usted tiene una discapacidad que limita su uso de las escaleras.

No puede pasar su silla de ruedas a los baños o a las salas de examen o de entrevistas.

Un trabajador se niega a usar su nombre y pronombres correctos.

ADAPTACIONES RAZONABLES: ASISTENCIA ESPECIAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDADES

Personas con discapacidades físicas o mentales tienen derecho a solicitar adaptaciones razonables de agencias gubernamentales para ayudarlas a acceder a y participar en programas y servicios. Si tiene una discapacidad y necesita asistencia adicional, debería informarle a la agencia responsable de su solicitud o beneficios/servicios. La oficina debe trabajar con usted para determinar qué asistencia necesita. Si la oficina le deniega su solicitud, debe darle un aviso por escrito indicando el motivo de la denegación. El aviso debe enumerar sus derechos de apelación.

Construya un mejor futuro para su familia

Obtenga los beneficios de los servicios de planificación familiar, los cuales le pueden ayudar a:

- Mejorar su habilidad para ser autosuficiente previniendo un embarazo no planeado.
- Planear el número de niños que quiere tener, al igual que cuánto tiempo va ha haber entre cada uno de ellos, para que pueda satisfacer las necesidades económicas y emocionales de su familia.
- Tener comunicación con su pareja en lo relacionado a asuntos de la salud reproductiva.
- Hablar con sus niños acerca del sexo seguro y la prevención del embarazo.



Hágalo por usted.
Hágalo por las personas que ama.



County Stamp Box

*California Family Planning Information
and Referral Service*
(Servicio de información y referencia
para la planificación familiar
en California)

1-800-942-1054

All persons in the photographs are models
and used for illustrative purposes only.

State of California
(Estado de California)

Health and Human Services Agency
(Secretaría de Salud y Servicios Humanos)

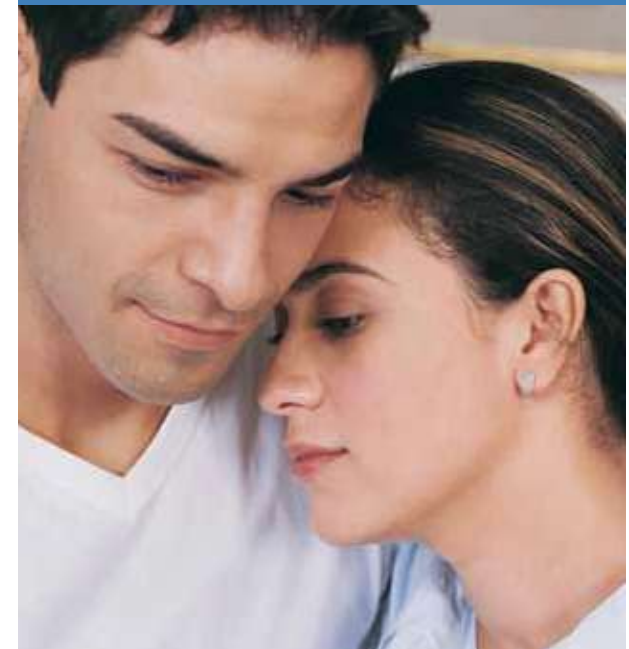
Department of Social Services
(Departamento de Servicios Sociales)



PUB 275 (SP) (04/07)



**Planificación familiar...
Comprometiéndose para
un futuro saludable**



Planificación familiar – Para el futuro de su familia

Su proveedor local de servicios de planificación familiar puede ayudarle a:

- Encontrar el método que mejor se ajuste a su estilo de vivir. Hay una amplia variedad de opciones — desde la píldora hasta el anillo o inyecciones y más.
- Obtener anticonceptivos para ayudarle a prevenir un embarazo no planeado.
- Aprender acerca de anticonceptivos de emergencia y si esto sería una opción correcta para usted si algún día lo llegara a necesitar.
- Obtener pruebas y tratamiento para enfermedades transmitidas sexualmente.
- Aprender acerca de cómo prevenir y evitar propagar enfermedades transmitidas sexualmente, incluyendo el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV por sus siglas en inglés) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (AIDS por sus siglas en inglés).
- Recibir pruebas para detectar el cáncer en el sistema de reproducción.
- Aprender cómo autoexaminarse para el cáncer del seno.
- Contestar preguntas acerca de todas las preocupaciones que tenga sobre la salud reproductiva.



Estos servicios:

- Son confidenciales, lo cual significa que es algo privado entre usted y su médico.
- Están disponibles para los hombres y las mujeres, incluyendo a los adolescentes.
- No son caros — las personas que reciben beneficios del Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños (CalWORKs) pueden recibir estos servicios gratuitamente o a bajo costo.

En su comunidad, usted puede recibir los servicios de planificación familiar:

- Vaya a su doctor, o al departamento de salud del condado o a su plan de cuidado de la salud.
- Vea la sección amarilla de su directorio telefónico bajo “*Family Planning Information*” (información sobre planificación familiar).
- Llame a “*California Family Planning Information and Referral Service*” (servicio de información y referencia para la planificación familiar) para que le den el nombre, dirección y número de teléfono de un proveedor de servicios de planificación familiar en su área. El teléfono es:

1-800-942-1054



Haga el compromiso hoy.

TARJETA DE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA DE BENEFICIOS (EBT)



**EBT es la forma más fácil,
segura y conveniente de usar
sus beneficios monetarios y
alimentarios.**

Guarde este folleto en un lugar seguro.


**¿Tiene preguntas? Contacte con el servicio
gratuito de atención al cliente las 24 horas
al día, 7 días a la semana llamando a**

1-877-328-9677

TTY:1-800-735-2929

**Utilice la aplicación móvil FIS ebtEDGE o
acceda al sitio web del cliente de EBT en
www.ebt.ca.gov para ver sus beneficios,
saldos y mucho más.**

Dónde usar su tarjeta EBT

Puede usar su tarjeta EBT en cualquier lugar donde vea la marca  en California o el resto del país. Puede encontrar la marca de Quest® en la entrada de una tienda, en las cajas registradoras y en los cajeros automáticos (ATM) que indican que puede usar su tarjeta EBT en la tienda o en el ATM. En la pegatina de Quest® hay imágenes especiales que muestran los beneficios que puede utilizar. Busque la marca de Quest® en la tienda antes de hacer las compras.

Puede usar su tarjeta EBT en cualquier lugar donde vea la marca de Quest®, ya sea en California o en otro estado.

Aplicación móvil ebtEDGE

Utilice la aplicación ebtEDGE gratuita que incluye funciones como:

- Programa de emisión de beneficios
- Bloquear transacciones por internet y/o fuera del estado
- Congelar y descongelar la tarjeta
- Ubicar tiendas aprobadas por FNS
- Solicitar un reemplazo de la tarjeta
- Restablecer el PIN
- Ver el historial de transacciones o el saldo de la cuenta

Puede usar su tarjeta EBT en:



visite www.ebt.ca.gov.

- Paso 1** Introduzca o acerque su tarjeta EBT en la máquina de PDV.
- Paso 2** Marque los cuatro dígitos de su número de identificación personal (PIN).
- Paso 3** Apruebe el monto de la compra.
- Paso 4** Recibirá una copia del recibo, la que indicará el nuevo saldo de su cuenta de beneficios alimentarios / asistencia monetaria de EBT.

No se le puede cobrar una cuota por usar sus beneficios alimentarios de EBT. Usted no puede recibir cambio o dinero en efectivo de su cuenta de beneficios alimentarios de EBT.

Cómo usar su tarjeta EBT para hacer una compra con sus beneficios de asistencia monetaria (si los recibe)

Estos pasos pueden variar según la máquina de PDV que use. No dude en pedir ayuda del dependiente.

¡Sepa cuál es su saldo! Antes de hacer una compra, revise su último recibo, llame al servicio de atención al cliente o visite www.ebt.ca.gov.

- Paso 1** Introduzca o acerque su tarjeta EBT en la máquina de PDV.
- Paso 2** Marque los cuatro dígitos de su número de identificación personal (PIN).
- Paso 3** Apruebe el monto de la compra.
- Paso 4** Recibirá una copia del recibo.

número de identificación personal (PIN).

- Cada vez que use su tarjeta, tendrá que usar su PIN. Si no lo tiene, su tarjeta NO funcionará y NO podrá usar sus beneficios
- Mantenga su PIN en secreto. No lo comparta con otras personas.

Cómo proteger su PIN

- NUNCA escriba su PIN en su tarjeta, en la funda de su tarjeta o en cualquier cosa que guarde con su tarjeta.
- Su PIN debe ser un secreto. NUNCA lo comparta con sus parientes, el trabajador de su caso, el cajero de una tienda o cualquier otra persona, a menos que desee que esa persona tenga acceso a TODOS sus beneficios.
- NUNCA use su PIN si cree que otra persona le está observando.
- Cuando use su tarjeta EBT, tiene cuatro oportunidades para marcar su PIN. Si el cuarto intento es incorrecto, no podrá usar su tarjeta hasta después de la medianoche. Si olvidó su PIN, llame al servicio de atención al cliente (el número está en el reverso de su tarjeta). El agente no sabe su PIN, pero le ayudará a cambiarlo.
- Si otra persona descubre su PIN sin su AUTORIZACIÓN, restablezca su PIN a través de la aplicación móvil ebtEDGE, acceda al sitio web del cliente de EBT en www.ebt.ca.gov, llame al número de servicio de atención al cliente de inmediato o

de texto siguiendo las instrucciones de este folleto o contactando con la oficina de bienestar público más cercana.

Cómo revisar su saldo

STORE NAME		
100 ANY STREET ADDRESS CITY, STATE ZIP		
TERM ID 123456		
MECH TERM ID 987654321 SEQ# 280		
CLERK 107		
06/02/17 10:23		
CASE# C1234567890		
	TRAN AMT	END BAL
CASH	\$0.00	\$125.00
FS	\$45.20	\$229.80
FS PURCH \$45.20APPROVED		
DO NOT DISPENSE CASH		

Figura 1: ejemplo del recibo de una tienda

La mejor manera de llevar la cuenta de cuánto le queda en su cuenta de beneficios alimentarios y/o de asistencia monetaria es saber su saldo. Para esto, lo mejor es **CONSERVAR SU ÚLTIMO RECIBO**.

Si ha perdido su último recibo y desea saber su saldo:

- llame al número de atención al cliente (vea el reverso de su tarjeta), o
- revise el saldo de su cuenta de beneficios alimentarios en una máquina de PDV, o
- revise el saldo de su cuenta de beneficios alimentarios / asistencia monetaria visitando el sitio web del cliente de EBT www.ebt.ca.gov, o utilizando la aplicación móvil FIS ebtEDGE.
- Revise el saldo de su cuenta de asistencia monetaria en un ATM o una máquina de PDV.

beneficios alimentarios y/o asistencia monetaria de EBT dependerá del último dígito del número de su caso.

Beneficios alimentarios de EBT

Los beneficios alimentarios se harán disponibles los primeros diez días del mes. El último dígito del número de su caso refleja el día en que sus beneficios estarán disponibles. Por ejemplo, si el último dígito es 7, recibirá sus beneficios el día 7 de cada mes.

Beneficios de asistencia monetaria

Se emiten los beneficios de asistencia monetaria los primeros tres días del mes. El último número de su caso de EBT refleja el día en que sus beneficios estarán disponibles.

Si su caso termina en 1, 2 o 3, recibirá sus beneficios el primer día del mes.

Si su caso termina en 4, 5, 6 o 7, los recibirá el segundo día del mes. Si su caso termina en 8, 9 o 0, recibirá sus beneficios el tercer día del mes.

- Los beneficios están disponibles los fines de semana y días festivos.
- Su saldo al fin de cada mes se añade al saldo del mes siguiente.

Depósito directo

¿Sabía que puede elegir que sus beneficios de asistencia monetaria se envíen directamente a su cuenta de cheques o de ahorros? Comuníquese con la oficina de bienestar público de su condado para obtener más información.

- No deje su tarjeta expuesta al sol, como en el tablero de un vehículo, ya que se derretirá y no funcionará.
- No deseche su tarjeta, incluso si usted se muda. Usará la misma tarjeta cada mes que reciba beneficios.

Sitio web para clientes de EBT

Vaya al sitio web para clientes de EBT www.ebt.ca.gov, en su computadora o dispositivo móvil para:

- encontrar tiendas y mercados de productos agrícolas que acepten tarjetas EBT;
- encontrar los ATM que no cobren recargos;
- encontrar restaurantes que acepten EBT;
- ver el saldo de su cuenta o el historial de transacciones.

Cómo enviar sus preguntas por mensajes de texto

Use su teléfono celular para revisar su saldo y encontrar los ATM (incluyendo los ATM sin recargos), restaurantes, mercados de productos agrícolas y tiendas que acepten tarjetas EBT.

Visite www.ebt.ca.gov para inscribirse y registrar su número de teléfono. Es posible que apliquen las tarifas estándar de datos y mensajes de texto; comuníquese con su proveedor de servicio celular.

Este es un ejemplo de qué escribir en el mensaje de texto: ATM 90123

- Envíe BAL a 42265 para saber el saldo de sus beneficios alimentarios y/o asistencia monetaria de EBT.
- Envíe ATM y su código postal a 42265

pregunta que tenga sobre su tarjeta EBT. Cuando llame, estará conectado con un sistema automatizado. En la mayoría de los casos, este sistema podrá contestar sus preguntas y usted no tendrá que hablar con un representante.

Las respuestas se pueden proporcionar en árabe, armenio (oriental), camboyano, cantonés, inglés, farsi, hmong, japonés, coreano, lao, mandarín, mien, panyabí, portugués, ruso, español, tagalo, ucraniano y vietnamita.

Llame si:

- pierde o le roban su tarjeta.
- su tarjeta no funciona.
- desea cambiar su PIN porque usted lo olvidó u otra persona lo descubrió.

Llame de inmediato al servicio de atención al cliente si:

- desea saber el saldo de sus cuentas.
- le han cobrado una compra, pero usted no recibió los productos o le cobraron demasiado.
- tiene otras preguntas o problemas.

**24 horas al día / 7 días a la semana
número gratuito: 1-877-328-9677**

TTY:1-800-735-2929

**(Servicio de retransmisión para
personas que tienen discapacidades
auditivas / del habla)**

**Utilice la aplicación móvil de FIS
ebtEDGE o acceda al sitio web del
cliente de EBT en www.ebt.ca.gov para
ver sus beneficios, saldos y mucho más.**

Anote el día en que sus beneficios **alimentarios** de EBT se depositarán en su cuenta:

(Entre el primer y el décimo día del mes)

Anote el día en que su asistencia **monetaria** se depositará en su cuenta:

(El primer, segundo o tercer día del mes)

Esta institución es un proveedor que ofrece **igualdad de oportunidades**, lo que significa que le queda prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, discapacidad, edad, sexo y, en algunos casos, religión o creencias religiosas.



State of California
Health and Human
Services Agency
Department of Social
Services

FOLLETO SOBRE LA TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA DE BENEFICIOS (EBT) LIBRE DE RECARGOS - DEPÓSITO DIRECTO

Número de atención al cliente de EBT: 1-877-328-9677 (este es el **único** número de atención al cliente de EBT en California. Si se le pide que llame a otro número, es probable que sea una estafa para robarle sus beneficios. En el reverso de su tarjeta EBT se encuentra el número de atención al cliente de EBT, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana).

Sitio web para clientes de la tarjeta EBT en California: www.ebt.ca.gov.

TTY (Servicios de retransmisión de telecomunicaciones para las personas con discapacidades auditivas o del habla): 1-800-735-2929.

Puede recibir su asistencia monetaria por EBT o depósito directo; ¡usted elige! Notifíquelo al trabajador del condado encargado de su caso (su trabajador) la manera en que usted quiera recibir su asistencia monetaria.

Cuando usted quiera, puede cambiar de EBT a depósito directo o de depósito directo a EBT. Avísele a su trabajador y él/ella le dará instrucciones. Si no puede usar la tarjeta de EBT o alguna parte del sistema de EBT debido a una incapacidad/discapacidad, limitación en el idioma, falta de acceso u otro obstáculo, comuníquese con su trabajador y él/ella determinará si es elegible para recibir su asistencia monetaria de una manera diferente.

Si tiene alguna dificultad y recibe su asistencia monetaria el segundo o tercer día del mes, es posible que pueda recibir su asistencia monetaria el primer día del mes. Explíquelo a su trabajador por qué necesita recibir su asistencia monetaria el primer día del mes. Si recibe su asistencia monetaria a través de depósito directo, siempre recibirá sus beneficios de asistencia monetaria el primer día del mes.

Si alguien retira beneficios de asistencia monetaria de su cuenta debido a un robo electrónico y usted tenía en su posesión su tarjeta de EBT en el momento del robo, llame al (877) 328-9677 para cancelar su tarjeta de EBT inmediatamente y comuníquese con su trabajador. Si se cumplen ciertos requisitos, es posible que sus beneficios puedan ser reemplazados.

Recuerde: Los beneficios de CalFresh siempre se depositan en su tarjeta de EBT y nunca se le debe cobrar una cuota al hacer una compra de CalFresh.

TENGA CUIDADO CON EL FRAUDE DE EBT.

Un fraude es el acto de engañar o confundir a un beneficiario para obtener información sobre su cuenta. Esta información se usa para crear una copia de la tarjeta del beneficiario y robar sus beneficios. Este fraude se suele realizar por medio de llamadas telefónicas, mensajes de texto y sitios web.

Ningún empleado del condado o del gobierno estatal o federal le pedirá su número de identificación personal (PIN). El proveedor de EBT, el supermercado, el mercado de agricultores o cualquier cajero o gerente nunca le pedirá su PIN. Mantenga en secreto el número de su tarjeta de EBT y su PIN.

No envíe a nadie fotos de su tarjeta de EBT ni otros tipos de identificación.

¿No tienes papel?

¿No tienes impresora?

¿No tienes sellos?

¿No tienes un buzón?

¡No hay problema!

Diga sí a registrarse para votar.

REGÍSTRESE PARA VOTAR EN LÍNEA!

www.RegisterToVote.ca.gov

Verifique su estado:

<https://voterstatus.sos.ca.gov>

