

PAQUETE INFORMATIVO DE CALFRESH

POR FAVOR CONSERVE ESTE PAQUETE

Lea estos formularios cuidadosamente y consérvelos 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	11/22	Portada (Amarilla brillante)
Anuncio de Servicios de Idiomas	06/17	GEN 1365
Informativa de CalFresh & Medi-Cal	11/12	DSS 8219
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	01/21	PUB 388
Volate de Información Sobre La Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT) Libre de Recargos-Depósitos Directos (EBT Surcharge Free – Direct Deposit Handout)	10/22	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 مطلوباً 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)

Las Buenas Noticias para las Familias de California que Reciben a CalFresh

Muchos miembros de la familia que reciben CalFresh pueden calificar para beneficios Médicos. El Programa Médico paga por asistencia médica para personas elegibles con ingresos y recursos limitados. Los niños y/o los adultos ligados Médicos pueden calificar para libre médico, dental y alcance de visión por el Programa Médico.

Los niños bajo la edad 19 que no se califica para libre Médico pueden puede tener derecho a para las Familias Sanas de bajo costo Programa.

La nota: Los Adultos 19 o más viejo no son elegible a las Familias Sanas Programa en este momento.

Los beneficios médicos y Sanos de Familias incluyen:

- Las visitas al médico cuando usted o sus niños están enfermo
- Las Visitas al médico para mantenerie y sus niños sanos
- Las visitas al dentista cuando usted o sus niños necesitan servicios
- Los exámenes del ojo y gafas si usted o sus niños los necesita
- La Medicina de la prescripción y disparó

Es fácil de aplicar:

→ **1) Llene esta forma.**

→ **2) Envie la forma en el sobre proporcionado.**

Ningún timbre es necesitado. Si un sobre no es conectado, llame el número abajo.

Doy permiso para mi condado social atiende a agencia para utilizar información disponible en mi historial de CalFresh para hacer una determinación Médica para mi familia.

Sí

No

La NOTA: Si es encontrado inelegible a Médico, una determinación automática para el Condado Servicios que Médicos Programa (CMSP) no será hecho. Debe someterse una aplicación separada para CMSP.

He leído y he comprendido los derechos y responsabilidades en el otro lado de esta forma.

Sí

No

Si yo no soy elegible para libre Médico, doy permiso para el condado social atiende a agencia para adelantar la información en mi historial de CalFresh a las Familias Sanas Programa para determinar mi elegibilidad para las Familias Sanas de bajo costo Programa.

Sí

No

Firma: _____ Fecha: _____
(si niño en la casa, la firma del padre/guardian es requerida)

Nombre impreso: _____ La fecha del Nacimiento: _____

Dirección: _____

Numero de teléfono: _____

Alguien en mi familia actualmente tiene el seguro médico o tenía el seguro médico en los 90 días pasados.

Sí

No

Puede contestar ("Sí" y todavía tiene derecho a!)

Puede desatender esta nota si usted u otro miembro de la casa es ya un recipiente Médico o Sano de Familias.

¿PREGUNTAS? Llame el Centro de Servicio de atención al cliente de Condado Shasta en 1-877-652-0731.

NOTA MEDICA de CONFIDENCIALIDAD

La información se rindió esta aplicación es privado y confidencial bajo el Bienestar y la Institución Codifica Secciones 10850 y 14100.2. La información será revelada sólo de acuerdo con esas leyes.

Los DERECHOS MÉDICOS, las RESPONSABILIDADES, Y las DECLARACIONES

Tengo el derecho a:

- Es tratado bastante e igualmente a pesar de mi carrera, a pesar del color, a pesar de la religión, a pesar de origen nacional, a pesar del sexo, a pesar de la edad, o a pesar de las creencias políticas.
- Pida a un intérprete.
- Peda una feria que oye si pienso que una decisión en mi caso Médico es injusta o equivocada. Debo pedir una audiencia dentro de 90 días después de que consiga un "Nota de Acción." Para enterarse de audiencias justas Médicas I, 1-800-952-5253.

Tengo la responsabilidad a:

- Mande un informe situacional cuando el condado me pregunta a.
- Reportee cualquier cambio dentro de 10 días en la información que di en esta aplicación.
- Permita que el condado sepa si un miembro de la familia solicita incapacidad beneficios, está un institución pública, o consigue el cuidado médico para cualquier accidente o la herido causados por otra persona.
- Coopere si mi caso es revisado.

Comprendo que cada persona que solicito:

- Debe vivir en California
- No debe estar consiguiendo ayuda estatal de California exterior.
- No debe estar en la cárcel, en la prisión, ni en cualquier otro centro penitenciario.

Comprendo aún más eso:

- Como una condición de elegibilidad Médica, todos los derechos al apoyo médico son asignados automáticamente al Estado de California.
- Si yo no soy elegible para este programa Médico, yo comprendo que puedo calificar para otros programas y tener el derecho de solicitarlos.
- Si yo deliberadamente no doy hechos necesitados, ni si doy hechos falsos, yo comprendo que beneficios pueden ser negados o pueden ser terminados y la devolución puede ser requerida. Yo también puedo ser investigado para el fraude.

NOTA MÉDICA de INTIMIDAD

La Información Práctica Acto de 1977 y la Acto Federal de Intimidación requiere el Departamento de Servicios de Sandidad a proporcionar la información siguiente: El bienestar y las Instituciones Codifican Sección 14011 y las regulaciones en el Título 22, CCR, requiere a solicitantes para el programa Médico a proporcionar elegibilidad información solicitado en esta aplicación. Esta información puede ser compartida con federal, el estado, y agencias locales para propósitos de verificación elegibilidad y para otros fines relacionados a la administración del programa Médico, incluso la confirmación con la Oficina de Ciudadanía y Servicios de Inmigración del estatus de inmigración de sólo esas personas que buscan alcance lleno beneficios Médicos. (La ley federal dice que la Oficina de Ciudadanía y Servicios de Inmigración no pueden utilizar la información para nada menos en casos de fraude.) La información será utilizada por el intermediario fiscal para procesar reclamos y la marca Beneficia Tarjetas de Identificación (BIC's). El fracaso para proporcionar la información necesaria puede tener como resultado negación de la aplicación.

La información necesaria por esta forma es obligatoria, a excepción de información de etnia, y cualquier otro artículo marcó voluntario u opcional. Los Números del seguro social son requeridos por Sección 1147 (un) (1) del Acto de Seguridad Social y por el Bienestar e Instituciones Códifica Sección 14011.2, a menos que solicitando emergencia o el embarazo relacionó beneficios sólo.

Un individuo tiene un derecho de acceso a registros que contienen su información personal que es mantenido por el Departamento de Servicios de Sanidad. Contacte su salud de condado y a humano la oficina que atiende a/social de servicios para solicitar sus registros.

DISCRIMINATION COMPLAINT

If you think you have been discriminated against you may file a complaint. Where you file your complaint depends on what type of complaint you have.

For all programs your county agency

administers: Ask your county office for the name, address and phone number of their Civil Rights Coordinator. The county agency, not the state agency, will independently investigate your complaint.

For Covered California:

Civil Rights Coordinator Covered California
PO Box 989725
West Sacramento, CA 95789
(916) 228-8764
CivilRights@covered.ca.gov

For Medi-Cal & Medi-Cal Dental Program:

You may contact the county's Civil Rights Coordinator, the state Department of Health Care Services or the federal Health and Human Services.

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

For all other state programs covered by this pamphlet:

Civil Rights Unit
California Department of Social Services
PO Box 944243, MS 9-7-41
Sacramento, CA 94244-2430
(866) 741-6241 (toll free)
(916) 651-0602 (fax)
crb@dss.ca.gov

To file a CalFresh complaint with the federal agency:

United States Department of Agriculture
Director, Office of Adjudication
1400 Independence Avenue, SW
Washington, DC 20250-9410
(866) 632-9992 (toll free) or (202) 260-1026
(800) 877-8339 (hearing impaired)
program.intake@usda.gov

To file a complaint with a federal agency:

Only for discrimination based on Race, Color, National Origin, Disability, Age, or Sex:

Centralized Case Management Operations
United States Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201

File a complaint online at:

[US Health & Human Services Civil Rights Complaint Portal](#)

(800) 368-1019 (toll-free)
(800) 537-7697 (hearing/speech impaired)

Time Limits for A Discrimination Complaint

You must file a discrimination complaint within 180 days of the date you were discriminated against.

If the discrimination also affected the level of your benefits and services, ask for a hearing.

Judges cannot make decisions about discrimination complaints at a hearing.

A discrimination investigation cannot change your benefit or service levels. Only a state hearing can do that. Agencies are not allowed to retaliate against you if you request a hearing or file a discrimination complaint.

PROGRAMS COVERED BY THIS PAMPHLET

- Adoption Assistance Program (AAP)
- Alcohol and Drug Program
- CA Food Assistance Program (CFAP)
- CalWORKs
- Cash Assistance Program for Immigrants (CAPI)
- CalFresh (Food Stamps)
- Children's Health Insurance Program (CHIP)
- Covered California Eligibility
- Foster Care/Child Welfare Services
- Housing Programs through County Social Service Departments
- In-Home Supportive Services
- Kinship Guardianship Assistance (KinGAP)
- Medi-Cal – Medi-Cal Dental Program
- Refugee Cash Assistance
- Resource Family Approvals (RFA)
- Approved Relative Caregiver Funding Option Program (ARC)
- Service Animal Allowance



State of California

Health & Human Services Agency
Department of Social Services

This pamphlet is available from your local County Welfare office and on the [CDSS website](#) in the following languages:

- Arabic
- Armenian
- Cambodian
- Chinese
- Farsi
- Hmong
- Japanese
- Korean
- Lao
- Mien
- Portuguese
- Punjabi
- Russian
- Spanish
- Tagalog
- Ukranian
- Vietnamese

Also available for free in large print, Braille, and audio formats.

This publication explains your rights to equal benefits and services, how to ask for language assistance or a reasonable accommodation for a disability, and how to file a discrimination complaint.


PUB 13 (5/22)


YOUR RIGHTS

UNDER CALIFORNIA PUBLIC BENEFITS PROGRAMS



..... for people applying for or receiving public aid in California

 Tell us if you need help because of a disability.

 Ask for a free interpreter

Public benefit agencies comply with federal and state law, and may not discriminate, exclude, or provide you aid, benefits or other services that is different from what is provided to others

YOUR RIGHTS

All people and organizations providing public assistance must respect your rights. They can help you understand and apply for benefits and services.

You have the right to an interpreter free of charge.

- بحق لك الحصول على مترجم فوري مجانًا
- Դուք անվճար թարգմանչի իրավունք ունեք:
- អ្នកមានសិទ្ធិទទួលអ្នកបកប្រែភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ
- 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 txhais 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
- ທ່ານມີສິດໂດຍບໍ່ລາຄາອາໄດ້ອບໍ່ຈະອາໄດ້
- mula sa nakasulat na ingles hanggang sa nakasulat
- Você tem direito a um intérprete, gratuitamente
- ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਦੁਆਰੀਏ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ, ਮੁਫਤ
- Вы имеете право на бесплатные услуги переводчика
- Tiene derecho a servicios gratuitos de un intérprete
- May karapatan ka sa isang tagasalin, nang walang bayad
- Ви маєте право на перекладача безкоштовно
- Quý vị có quyền có được một thông dịch viên miễn phí.

Ask the agency responsible for your benefits or services for language assistance.

YOU HAVE THE RIGHT TO:

1. Understand what is happening with your application or benefits.
2. Get written and oral explanations about your application or benefits. You have a right to a free interpreter for this information. Ask the agency responsible for your benefits/ services for language assistance.
3. If the state agency has the written explanation in non-English languages, you have a right to get this information in those languages.

4. Get a receipt for hand-delivered documents.
5. See your case record
6. See laws and regulations about your program.
7. Ask a judge to review any agency action or inaction about your eligibility, benefits, or services.
8. Not face discrimination in applying for or receiving program benefits or services.
9. File a complaint about discrimination.
10. Get a "reasonable accommodation" if you have a disability. This is specific help for you to access or participate in the program.
11. Have your information kept confidential.
12. Be treated with courtesy and respect.

IF YOU ARE HAVING PROBLEMS WITH YOUR BENEFITS OR SERVICES:

Keep records of all your information, documents, and contacts with the agency.

Get a receipt when you turn anything in.

Bring someone with you to meetings.

Complain. There are 4 ways to do this:

1. **Informal:** Ask to speak to a supervisor to talk about problems with a worker or to review the rules and the proposed action on your benefits or services.
2. **State Hearing:** Ask for a state hearing if you disagree with an agency's action or inaction on your benefits or services. You must ask for a hearing within 90 days of the date of agency's notice about your benefits or services. If you ask for a hearing after 90 days, a judge will decide if you have a good reason for asking late, like illness or a disability.
3. **Discrimination complaint:** See the Discrimination Complaint section. You may have different rights to file a complaint with state or federal agencies.
4. **Grievance:** You can file a complaint with the agency if it has a grievance procedure. **This does not protect your benefits in the way that asking for a state hearing does.**

STATE HEARINGS

You can also ask for a state hearing if the agency is not giving you benefits or services you think you should get. See [PUB 412](#) for State Hearing information.

Note: If your problem is with General Assistance or General Relief, you must ask the county for a county hearing.

If your problem is with Social Security benefits, you must contact the Social Security Administration for a hearing.

ASKING FOR A STATE HEARING

You can ask for a state hearing online, by phone, by fax, by email, or by mail.

Online: [ACMS.dss.ca.gov](#) - you can create an account to get all your appeal information online, or submit an online request without an account

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

EXPEDITED HEARINGS

If you have an urgent problem, you can ask for an "expedited" hearing to have the hearing held sooner. For Medi-Cal, this is when regular hearing scheduling could seriously jeopardize the enrollee's life or physical or mental health. State Hearings will decide and let you know if your case can be expedited.

PROHIBITED DISCRIMINATION

State law prohibits agencies from denying benefits or services or providing you aid that is different from aid provided to others based on:

Race, Color, Ancestry, National Origin (including language), Ethnic Group Identification, Age, Physical or Mental Disability, Medical Condition, Religion, Sex, Gender, Gender Identity or Expression, Sexual Orientation, Marital Status, Domestic Partnership, Political Affiliation, Citizenship, Immigration Status, and Genetic Information.

Federal laws also prohibit discrimination on several, although not all, of the bases listed above. Federal Law also prohibits:

Delaying or denying the placement of a child for adoption or into foster care based on the race, color, or national origin of the adoptive or foster parents, or the child;

Denying any individual the opportunity to become a foster or adoptive parent based on the race, color, or national origin of the individual or child involved.

EXAMPLES OF DISCRIMINATION

The agency does not give you a free interpreter.

A worker tells a certain ethnic group about more programs and services than people of other ethnicities.

The agency will not provide you large print or Braille versions of written information that you need because of a disability.

A worker treats you differently after learning of your religion or sexual orientation.

You cannot get to appointments because the building does not have an elevator and you have a disability limiting your use of stairs.

You cannot get your wheelchair into examination and interview rooms or restrooms.

A worker refuses to use your correct name and pronouns.

REASONABLE ACCOMMODATIONS: SPECIAL HELP FOR PEOPLE WITH DISABILITIES

Persons with physical or mental disabilities have the right to request reasonable accommodations from government agencies to help them access and participate in programs and services. If you have a disability and need extra help, you should inform the agency responsible for your application or benefits/services. The agency must work with you to determine what help you need. If the agency is denying your request, it must give you written notice stating the reason for the denial. The notice must list your appeal rights.

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)

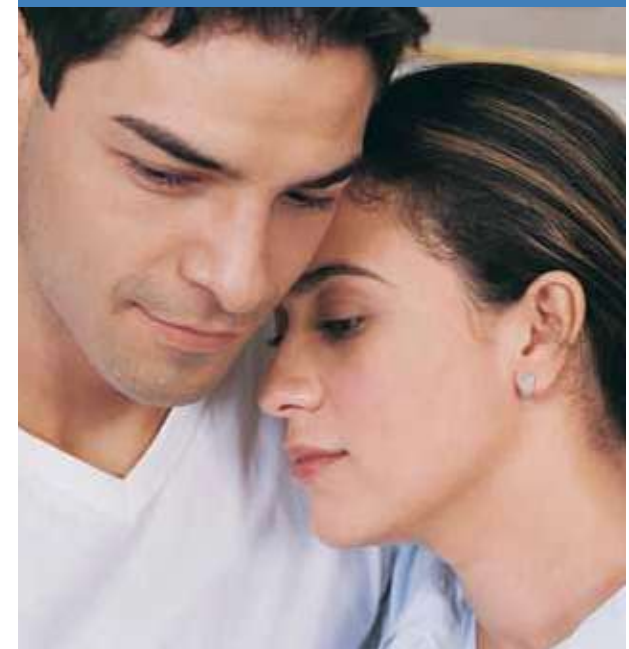
Department of Social Services
(Departamento de Servicios Sociales)



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) DE CALIFORNIA



**EBT es la forma más fácil,
segura y conveniente para usar
sus beneficios alimentarios y
asistencia monetaria.**

**Guarde este folleto en un lugar
seguro.**


**Si tiene preguntas, comuníquese
GRATUITAMENTE con los servicios
de atención al cliente 24 horas
al día, 7 días a la semana**

1-877-328-9677 o

www.ebt.ca.gov

TTY:1-800-735-2929

Dónde usar su tarjeta EBT

Donde vea la marca  que se puede encontrar a través del estado de California y en todo el país. La marca Quest® es el aviso que verá en las puertas de las tiendas, cajas de pagos y cajeros automáticos (ATM) que le indica que puede usar su tarjeta EBT en la tienda o máquina. Existen distintivos especiales en los avisos de Quest® que le indican qué beneficios puede usar. 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 Quest por todo California y en todo el país.

Puede usar su tarjeta EBT en:



Las máquinas PDV para:

- Usar sus beneficios alimentarios de EBT para comprar alimentos
- Usar sus beneficios de asistencia monetaria para comprar alimentos o artículos no alimenticios como pañales y ropa
- Obtener dinero en efectivo de su cuenta de asistencia monetaria después de comprar algo (dependiendo de las reglas de la tienda)
- Obtener dinero en efectivo de su cuenta de asistencia monetaria sin tener que comprar algo (dependiendo de las reglas de la tienda)

Podrá encontrar máquinas de punto de venta (PDV) y/o cajeros automáticos (ATM) en:



- Tiendas de comestibles
- Tiendas departamentales
- Tiendas de conveniencia
- Bancos
- Gasolineras

Cajeros automáticos para obtener sus beneficios de asistencia monetaria

Un ATM es una máquina que se puede encontrar en los bancos, las tiendas y muchos otros lugares y que le permiten obtener sus beneficios de asistencia monetaria.

Programa de Comidas de Restaurantes

Los beneficiarios que son personas mayores, que tienen una discapacidad o que son indigentes pueden usar su tarjeta EBT para comprar comidas en restaurantes autorizados. Si usted califica para el Programa de Comidas de Restaurantes, puede usarlo en todo el estado donde sea aceptado. Actualmente, solo los condados de Alameda, Los Angeles, Orange, Riverside, Sacramento, San Diego, San Francisco, San Luis Obispo, Santa Clara y Santa Cruz autorizan a los restaurantes a aceptar EBT. No todos los restaurantes en un condado están autorizados para aceptar EBT. Por favor, comuníquese con la oficina del condado correspondiente para obtener una lista de restaurantes autorizados.

Con respecto a su PIN

- Sus cuatro números secretos son su número de identificación personal o 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 comparta su PIN con otras personas.

Cómo mantener seguro su PIN

- NUNCA escriba su PIN en su tarjeta, en la funda de su tarjeta o en cualquier cosa que usted conserve con su tarjeta.
- Mantenga su PIN en secreto. NUNCA comparta su PIN con el trabajador encargado de su caso, sus parientes, los cajeros de las tiendas o cualquier otra persona, a menos que desee que ellos puedan tener acceso a TODOS sus beneficios.
- NUNCA use su PIN si cree que alguien lo está observando.
- Cuando use su tarjeta EBT, tiene hasta cuatro oportunidades para marcar su PIN. Si su cuarto intento es incorrecto, no podrá volver a usar su tarjeta hasta después de la medianoche. Si no puede recordar su PIN, llame a los servicios de atención al cliente (el número de teléfono se encuentra en el reverso de su tarjeta). Los servicios de atención al cliente NO saben su PIN, pero le pueden ayudar a cambiarlo.
- Si alguien llega a saber su PIN sin su autorización, llame inmediatamente al número de los servicios de atención al cliente o visite su oficina de bienestar público para cambiar su PIN.

- Si alguien toma su tarjeta y sabe su PIN, ¡esta persona podrá usar sus beneficios! Llame a los servicios de atención al cliente de inmediato para cancelar su tarjeta. Si alguien usa los beneficios antes de que usted llame a los servicios de atención al cliente, **NO SE REEMPLAZARÁN SUS BENEFICIOS.**

Cómo saber cuál es su saldo

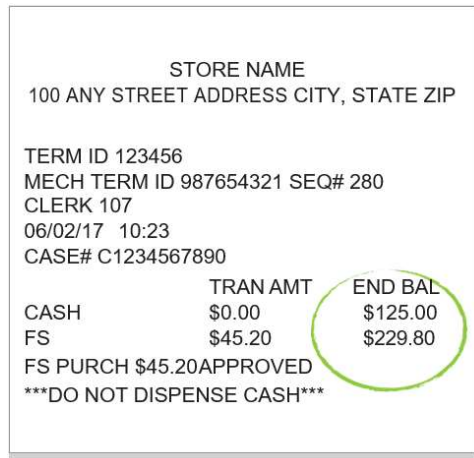


Imagen 1: Muestra de un recibo de la tienda

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

Si pierde su último recibo y necesita saber su saldo:

- Llame al número de los servicios de atención al cliente que se encuentra en el reverso de su tarjeta, o
- Revise el saldo de su cuenta de beneficios alimentarios en una máquina PDV, o
- Revise el saldo de su cuenta de

beneficios alimentarios y asistencia monetaria EBT en el sitio web para clientes de EBT: www.ebt.ca.gov.

- Revise el saldo de su cuenta de asistencia monetaria en un cajero automático o en una máquina PDV.
- ¡Siempre debe saber cuál es su saldo antes de usar su tarjeta!

Cómo usar su tarjeta EBT para comprar alimentos

Los pasos que siga pueden cambiar según el tipo de máquina PDV que use. No dude en solicitar ayuda del dependiente.

¡Sepa cuál es su saldo! Antes de hacer compras, revise su último recibo, llame a los servicios de atención al cliente o revise su saldo en el sitio web: www.ebt.ca.gov.

Paso 1 Deslice su tarjeta EBT a través de la máquina PDV.

Paso 2 Marque los cuatro dígitos de su número de identificación personal (PIN).

Paso 3 Apruebe el monto de la compra.

Paso 4 Usted recibirá una copia del recibo que indicará el nuevo saldo de su cuenta de beneficios alimentarios y asistencia monetaria EBT.

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

Cómo usar su tarjeta EBT para comprar artículos no alimentarios (si recibe asistencia monetaria)

Los pasos que siga pueden cambiar según el tipo de máquina PDV que use. No dude

en solicitar ayuda del dependiente.

¡Sepa cuál es su saldo! Antes de hacer compras, revise su último recibo, llame a los servicios de atención al cliente o revise su saldo en el sitio web:

www.ebt.ca.gov.

Paso 1 Deslice su tarjeta EBT a través de la máquina PDV.

Paso 2 Marque los cuatro dígitos de su número de identificación personal (PIN).

Paso 3 Apruebe el monto de la compra.

Paso 4 Usted recibirá una copia del recibo. Se le puede cobrar una tarifa por usar sus beneficios de asistencia monetaria EBT.

Cómo usar su tarjeta EBT para obtener dinero en efectivo

¡Sepa cuál es su saldo! Antes de hacer compras, revise su último recibo, llame a los servicios de atención al Cliente o revise su saldo en el sitio web: www.ebt.ca.gov.

Paso 1 Introduzca su tarjeta EBT en un ATM o una máquina PDV.

Paso 2 Marque los cuatro dígitos de su número de identificación personal (PIN).

Paso 3 Para los ATM, seleccione “Checking” y siga las instrucciones en la pantalla o vía audio.

Para máquinas PDV, seleccione “Cash”.

Nota: Algunos ATM o máquinas PDV pueden cobrar una tarifa.

Paso 4 Para los ATM ingrese la cantidad de efectivo. Para máquinas PDV, dígame al dependiente la cantidad de efectivo que desea recibir.

Paso 5 Apruebe la cantidad de efectivo.

Paso 6 Usted recibirá una copia del recibo.

Recuerde, no puede obtener dinero en efectivo de sus beneficios alimentarios EBT.

Qué sucederá si la máquina PDV no funciona

OFFLINE FOOD VOUCHER 1000000

El presente vale es válido en PDV donde se acepte el EBT.
EBT: 0001 0000 0000 0000 0000 0000
FDI Government Services, PO Box 206, Milwaukee WI 53201-0206

Este vale puede ser usado para comprar alimentos.

El cajero llenará el número de su tarjeta EBT y la cantidad de la compra. NO comparta su PIN con el cajero. El cajero llamará para confirmar si hay suficientes beneficios en su cuenta para comprar los alimentos. Si hay suficientes beneficios en su cuenta, se le pedirá que firme el vale y recibirá una copia de este. Es muy importante que conserve esta copia para que reste lo que gastó del saldo que aparece en su último recibo EBT. Esta será la cantidad actual disponible en su cuenta.

El cajero llenará el número de su tarjeta EBT y la cantidad de la compra. NO comparta su PIN con el cajero. El cajero llamará para confirmar si hay suficientes beneficios en su cuenta para comprar los alimentos. Si hay suficientes beneficios en su cuenta, se le pedirá que firme el vale y recibirá una copia de este. Es muy importante que conserve esta copia para que reste lo que gastó del saldo que aparece en su último recibo EBT. Esta será la cantidad actual disponible en su cuenta.

Si desea comprar alimentos que califican y la máquina PDV no funciona o la tienda no cuenta con una máquina, el cajero llenará un vale de papel. Algunos comerciantes, como los vendedores ambulantes, no tienen máquinas PDV. El cajero escribirá el número de su tarjeta EBT y la cantidad de la compra. NO comparta su PIN con el cajero. El cajero llamará para confirmar si hay suficientes beneficios en su cuenta para comprar los alimentos. Si hay suficientes beneficios en su cuenta, se le pedirá que firme el vale y recibirá una copia de este. Es muy importante que conserve esta copia para que reste lo que gastó del saldo que aparece en su último recibo EBT. Esta será la cantidad actual disponible en su cuenta.

No puede usar un vale para obtener dinero de su cuenta de beneficios de asistencia monetaria.

NO DEBE...

- Guardar su tarjeta y su PIN en el mismo lugar.
- Escribir su PIN en su tarjeta.
- Dañar o doblar su tarjeta.
- Escribir o rayar la banda magnética negra en el reverso de la tarjeta.
- Dejar su tarjeta a la vista.
- Dejar su tarjeta cerca de imanes, televisores, reproductores de DVD, reproductores de CD, estéreos.
- Dejar su tarjeta expuesta al sol, como en el tablero de un carro, ya que se puede derretir y no funcionará.
- Desechar su tarjeta, aunque se vaya a mudar de hogar. Usará la misma tarjeta cada mes mientras reciba los beneficios.

Consejos de seguridad para cuando use los ATM

- Siempre guarde su tarjeta en un lugar seguro después de usarla.
- Tenga su tarjeta de EBT lista.
- Elija un ATM bien iluminado en un lugar donde usted se sienta seguro (como dentro de una tienda).
- Párese de forma que nadie pueda ver el PIN que usted use.
- Cuente su dinero si siente que es seguro hacerlo.
- Guarde rápidamente su dinero, tarjeta y recibo.

Si le roban o pierde su tarjeta, llame inmediatamente a los servicios de atención al cliente. Ellos bloquearán su tarjeta y le dirán cómo obtener una nueva. ¡Es importante que llame a los servicios de atención al cliente tan pronto como sea posible! Podría tomar hasta siete días

hábiles para obtener una nueva tarjeta.

Sobrecargos

Un sobrecargo es una cuota por servicio que algunas tiendas y bancos pueden cobrar cada vez que obtenga beneficios de asistencia monetaria con su tarjeta EBT. Antes de usar su tarjeta, busque algún aviso en la pantalla del ATM que le indique sobre esta cuota o un aviso cerca de la máquina PDV en las tiendas. Si usted no quiere pagar un sobrecargo, puede elegir otro lugar yendo a www.ebt.ca.gov, enviando un mensaje de texto como se indica en este folleto o visitando su oficina local de bienestar público para averiguar dónde puede obtener su dinero efectivo sin pagar un sobrecargo.

Depósito directo

Todos los condados tienen depósito directo. Puede elegir que sus beneficios de asistencia monetaria se envíen directamente a su cuenta personal de banco o de unión de crédito en vez de usar la tarjeta EBT. El depósito directo es gratuito. Dígale a su oficina de bienestar público del condado que desea obtener depósitos directos.

Sitio web para clientes de EBT

Visite el sitio web para clientes de EBT, yendo a www.ebt.ca.gov desde de su computadora o dispositivo móvil para:

- Encontrar tiendas y mercados de productos agrícolas que acepten tarjetas EBT.
- Encontrar los ATM que no cobren sobrecargos.
- Encontrar restaurantes que acepten EBT.
- Ver el historial de transacciones o el saldo de la cuenta.

Cómo enviar preguntas por mensajes de texto

Use su teléfono móvil para revisar su saldo y encontrar cajeros automáticos (incluyendo aquellos sin sobrecargos), restaurantes, mercados de productos agrícolas y tiendas que acepten tarjetas EBT.

Visite www.ebt.ca.gov para registrarse y registrar su número de teléfono. Se pueden aplicar las tarifas estándar de datos y mensajes de texto. Consulte con su proveedor de teléfono celular.

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

- Envíe BAL al 42265 para saber el saldo de sus beneficios alimentarios y/o asistencia monetaria EBT.
- Envíe ATM y su código postal al 42265 para obtener información sobre los ATM más cercanos.
- Envíe SFATM y su código postal al 42265 para obtener información sobre los ATM más cercanos que no tienen/ cobren sobrecargos.
- Envíe REST y su código postal al 42265 para obtener información sobre restaurantes que acepten tarjetas EBT.
- Envíe FM y su código postal al 42265 para encontrar mercados de productos agrícolas en su área.
- Envíe STORE y su código postal al 42265 para encontrar tiendas que acepten tarjetas EBT.

When to Call the Toll-Free Customer Service Number 1-877-328-9677

Esta es una llamada gratuita.

La oficina de los servicios de atención al

cliente está abierta 24 horas al día, 7 días a la semana para responder cualquier pregunta que tenga con respecto a su tarjeta EBT. Le contestará una unidad de respuesta automática, la cual le puede responder la mayoría de sus preguntas sin necesidad de hablar con un representante de los servicios de atención al cliente.

Puede obtener respuestas en árabe, armenio (oriental), camboyano, cantonés, inglés, farsi, hmong, japonés, coreano, lao, mandarín, mien, punjabí, portugués, ruso, español, tagalo, ucraniano y vietnamita.

Llame si:

- Pierde o le roban su tarjeta.
- Su tarjeta no funciona.
- Desea cambiar su PIN porque lo olvidó o alguien más conoce su PIN.

Llame a los servicios de atención al cliente de inmediato si:

- Desea saber el saldo restante en sus cuentas.
- Le han cobrado por una compra, pero no recibió los productos o le cobraron más de lo que compró.
- Tiene otras preguntas o problemas.

**24 horas al día / 7 días a la semana
1-877-328-9677 o el sitio web para
clientes www.ebt.ca.gov**

**TTY:1-800-735-2929
(Servicio de retransmisión de
telecomunicaciones para personas
con problemas de audición
o del habla)**

Cuándo recibirá sus beneficios

El día del mes que recibe sus beneficios alimentarios y/o asistencia monetaria de EBT depende del último dígito del número de su caso.

Beneficios alimentarios EBT

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

Beneficios de asistencia monetaria

Los beneficios de asistencia monetaria son depositados los primeros tres días del mes. El último dígito de su tarjeta EBT corresponde al día en que sus beneficios de asistencia monetaria estarán disponibles.

Si su tarjeta termina con 1, 2 o 3, recibirá sus beneficios el primer día del mes. Si el número de su tarjeta termina con 4, 5, 6 o 7, recibirá sus beneficios el segundo día del mes, y si el número de su tarjeta termina con 8, 9 o 0, recibirá sus beneficios el tercer día del mes.

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

Anote el día en el cual sus beneficios **alimentos** EBT estarán disponibles en su cuenta:

(Entre el primer y el décimo día del mes)

Anote el día en el cual sus beneficios de **asistencia monetaria** estarán disponibles en su cuenta:

(El primer, segundo o tercer día del mes)

Esta institución es un proveedor que ofrece **igualdad de oportunidades**. Está prohibido para esta institución discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, discapacidad, edad, sexo y, en algunos casos, religión o creencias políticas.



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

EBT SURCHARGE FREE - DIRECT DEPOSIT HANDOUT

EBT Customer Service phone number: 1-877-328-9677 (this is the **only** customer service phone number for EBT in California. Any other phone number you are asked to call for EBT is likely a scam to steal your benefits. The EBT Customer Service phone number is on the back of your EBT card.

EBT client web site: www.ebt.ca.gov.

TTY (Telecommunications Relay Services for Hearing/Speech Impaired 1-800-735-2929.

You can get your cash aid by EBT or direct deposit; it's your choice! Tell your county worker which way you want to receive your cash aid.

You can switch from EBT to direct deposit or from direct deposit to EBT whenever you want. Tell your county worker and they will give you instructions. If you cannot use the EBT card or any part of the EBT system because of a disability, language limitation, lack of access, or other barrier, tell your county worker and they will determine whether you qualify for different ways to get your cash aid.

If you get your cash aid on the second or third day of the month, you may be able to get your cash aid on the first of the month, if you have a hardship. Tell your county worker why you need to receive your cash aid on the first of the month. If you get your cash aid by direct deposit, you will always receive your cash benefits on the first of the month.

If you have your EBT cash benefits taken out of your account due to electronic theft and you had your EBT card in your possession at the time of the theft, call (877) 328-9677 to cancel your EBT card immediately and contact your county worker. The benefits might be replaced if certain requirements are met.

Remember: CalFresh benefits are always issued on your EBT card and you should never be charged a fee when making a CalFresh purchase.

BEWARE OF EBT scams. A scam is the act of deceiving or misleading a recipient to give someone their account information that is then used to clone the recipient's card and steal the recipient's benefits. Scams happen by phone call, text message or website.

No one from the county, state, or federal government will ever ask you for your Personal Identification Number (PIN). Cashiers and grocery clerks will never ask you for your PIN. Keep your EBT card number and PIN secret.

Do not send photos of your EBT card or other forms of identification to anyone.

More information about EBT and direct deposit is available to help you choose which way you want to receive your cash aid.

IF YOU CHOOSE EBT

You can get cash by withdrawing at ATMs and by asking for cash back when you pay for purchases.

ATMs that are not surcharge free can charge you up to \$4 or more for each withdrawal. These fees add up quickly.

There is a map of surcharge free ATMs at <https://www.ebt.ca.gov/locator/index.html#/locator.page>. There is also a list of surcharge-free banks at www.ebtproject.ca.gov/Library/Cash_Access.pdf.

If you lose your EBT card or someone steals it, call customer service at (877) 328-9677 right away. A customer service representative will cancel your EBT card and help you get a new one. If benefits are taken by someone else before you can call customer service, your benefits will not be replaced.

The EBT system records where you use your card to withdraw cash and pay for purchases, but it does not record what you buy. You can review your transactions by calling (877) 328-9677 or to view your EBT account, go online to the EBT Client Website. Create a user name and password at <https://www.ebt.ca.gov/cardholder/#>.

IF YOU CHOOSE DIRECT DEPOSIT

You can get cash by withdrawing at your bank's ATMs and by asking for cash back when you pay for purchases.

You may withdraw cash **FREE** at your bank's ATMs; check with your bank. Getting cash back when you pay for purchases may be **FREE**; check with the store.

ATMs that are not your bank's can charge you \$4 or more for each withdrawal plus any fees that your bank might also charge. These fees add up quickly.

You can find your bank's ATMs by calling your bank's customer service number, visiting their website or by downloading their application onto your smart phone.

If you lose your ATM card or someone steals it, call your bank right away. Your bank will cancel your card and send you a new card. If someone steals and uses your card, you might lose some or all of the money spent. Contact your bank to find out more.

Your bank records where you use your ATM card to withdraw cash and pay for purchases. You can review your transactions on your monthly statement, by visiting your bank's website or by calling your bank's customer service line.

If you choose to direct deposit your CalWORKs benefits with a "non-traditional bank", it may charge you for overdraft fee that will be automatically repaid from your cash benefits.

Please remember to keep your ATM card and your EBT card safe and never give your Personal Identification Number (PIN) to anyone.

¿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>

