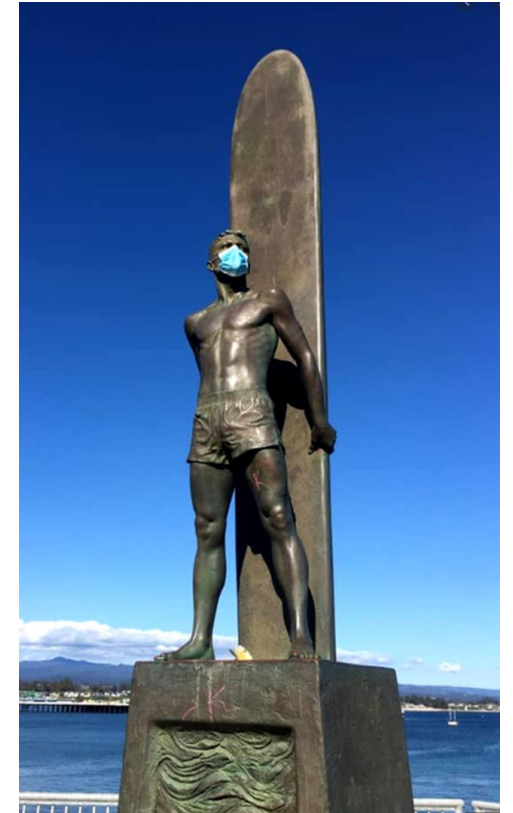


GUÍA PARA APLICAR PARA  
ASISTENCIA DE EMPLEO Y  
BENEFICIOS:

CalFresh  
CalWORKs  
Medi-Cal  
Asistencia General



Bienvenidos al guía COVID-19 del Departamento de Servicios Humanos para aplicar para beneficios de comida, me-dical y asistencia monetaria.

Usted puede aplicar para beneficios por internet o por teléfono, mientras se refugian en su hogar. Nosotros estamos disponibles para ayudarle.



El Programa CalFresh, anteriormente conocido como Estampillas para Comida, asiste a personas y a los hogares de bajo ingresos a comprar alimentos nutricionales.

# ASISTENCIA DE COMIDA CALFRESH



[www.getcalfresh.org](http://www.getcalfresh.org)

# PUEDE QUE NO SE REQUIERA UNA ENTREVISTA PARA CALFRESH



Puede que no se requiera la entrevista para algunos solicitantes de CalFresh, si presentan todos los documentos necesarios con su aplicación.



Si la entrevista es requerida para su aplicación, se completará por teléfono.



Centro Telefónico de Atención al Cliente:  
1-888-421-8080

# ALIMENTOS DE EMERGENCIA — SERVICIOS EXPEDIDOS CALFRESH

Si califica para Servicios Expedidos, usted tiene derecho a recibir los beneficios de emergencia de CalFresh dentro de tres (3) días desde el momento en que el condado reciba su aplicación.

# ACCEDA BENEFICIOS CON UNA TARJETA EBT



Si usted califica para CalFresh, CalWORKs o Asistencia General, usted recibirá una tarjeta de debito de **Transferencia Electronica de Beneficios (EBT)**. Usted podrá usar su tarjeta para comprar alimentos y artículos elegibles.

Usted puede verificar su saldo de cuenta, encontrar tiendas, y cajeros automáticos que acepten la tarjeta EBT en [www.ebt.ca.gov](http://www.ebt.ca.gov)

Si necesita reemplazar su tarjeta EBT o verificar el saldo de su cuenta de beneficios, usted puede llamar a la línea de servicio al cliente de EBT al 1-877-328-9677.

Usted también puede llamar al Centro Telefónico de Atención al Cliente al 1-888-421-8080.

# ACCEDA CUIDADO DE SALUD CON UNA TARJETA BIC



Si es elegible para Medi-Cal, usted recibirá una **Tarjeta de Identificación de beneficios (BIC)** por correo (si aún no tiene una).

Usted puede solicitar un reemplazo de tarjeta de beneficios en [www.MyBenefitsCalWIN.org](http://www.MyBenefitsCalWIN.org) o puede llamar al Centro Telefónico de Atención al Cliente al 1-888-421-8080.

El program de  
Oportunidades de  
Trabajo y  
Responsabilidad de  
Niños (CalWORKs)  
ofrece asistencia  
monetaria temporal,  
servicios de empleo y  
seguro medico para  
familias elegibles que  
tengan niños menores de  
19 anos.

# CALWORKS



## **CalWORKs – Programa Federal de Asistencia de Desastre para personas sin hogar**

Los solicitantes/recipientes de CalWORKs sin hogar debido a COVID-19 pueden ser elegibles para asistencia para personas sin hogar aunque ellos han recibido asistencia para personas sin hogar por medio del programa CalWORKs durante los últimos 12 meses.

[www.mybenefitscalwin.org](http://www.mybenefitscalwin.org)



## TIEMPO DE BENEFICIARIOS DE CALWORKS DURANTE COVID-19

La ley de California limita la asistencia monetaria a 48 meses de CalWORKs para adultos.

Debido a COVID-19, los meses Marzo, Abril, Mayo y Junio no contarán para el límite de tiempo.



Medi-Cal es el programa de atención para enfermedad medica de California.

MEDI-CAL



Medi-Cal brinda servicios de atención médica a personas de bajos ingresos, incluso a familias con niños, personas mayores (65 años o más), personas con discapacidades, niños de crianza temporal, ex jóvenes de crianza temporal hasta los 26 años, mujeres embarazadas y personas de bajos ingresos.

[www.coveredca.com](http://www.coveredca.com)

SOLICITE  
BENEFICIOS HOY:

LLAME A  
NUESTRO CENTRO  
DE SERVICIO AL  
CLIENTE

*Entendemos que usted puede encontrar un tiempo de espera prolongado, pero por su seguridad y bienestar durante este brote de COVID-19, lo alentamos a que conduzca sus asuntos relacionados con sus beneficios a través de nuestro Centro Telefónico de Atención al Cliente por teléfono, de 7:30am to 5:00pm.*

1-888-421-8080

# PARA ENVIAR DOCUMENTOS FÁCILMENTE, DESCARGUE LA APLICACIÓN EN SU TELÉFONO INTELIGENTE

Descargue **My Santa Cruz County App** en  
Google Play o App Store y haga clic en  
HSD Presentar Documentos.



Un Programa  
de Prestamos  
Financiados  
por el  
Condado

# ASISTENCIA GENERAL



El Programa de Asistencia General es un programa de préstamos financiado por el Condado diseñado para ayudar a los adultos a satisfacer sus necesidades básicas de vivienda, servicios públicos, necesidades personales y transportación.

[www.mybenefitscalwin.org](http://www.mybenefitscalwin.org)

# ¿DÓNDE SOLICITAR UNO O MÁS PROGRAMAS? APLIQUE POR INTERNET:

**Medi-Cal, CalFresh, Asistencia General y  
CalWORKs:**

**[www.mybenefitscalwin.org](http://www.mybenefitscalwin.org)**

Correo:  
Human Services Department,  
P.O. Box 1320, Santa Cruz, CA 95061

Fax: (831)786-7100  
Teléfono: 1-888-421-8080



# ¿DÓNDE SOLICITAR SOLO CALFRESH? APLIQUE POR INTERNET:

[www.getcalfresh.org](http://www.getcalfresh.org)

or

[www.mybenefitscalwin.org](http://www.mybenefitscalwin.org)



Correo:  
Human Services Department,  
P.O. Box 1320, Santa Cruz, CA 95061

Fax: (831)786-7100  
Teléfono: 1-888-421-8080

# ¿DÓNDE SOLICITAR SOLO MEDI-CAL? APLIQUE POR INTERNET:

[www.mybenefitscalwin.org](http://www.mybenefitscalwin.org)

○

[www.coveredca.com](http://www.coveredca.com)

Correo:  
Human Services Department,  
P.O. Box 1320, Santa Cruz, CA 95061



Fax: (831)786-7100  
Teléfono: 1-888-421-8080



# SI YA ESTA RECIBIENDO ASISTENCIA:

## **CalWORKs, CalFresh y Asistencia General**

Si ya esta recibiendo CalWORKs, CalFresh o Asistencia General, no tiene que completar su SAR 7 (CW 7 para Asistencia General) o renovación para los meses de *Marzo, Abril y Mayo*.

Para cualquier pregunta llame al 1-888-421-8080.

## **Cosas para recordar**

- ✓ Debe reportar cuando el ingreso mensual de su hogar sea mayor que su limite de ingresos permitidos (IRT).
- ✓ Los beneficiarios de Asistencia General deben reportar cualquier cambio de ingresos dentro de 10 días del cambio.
- ✓ Si sus ingresos bajan, la cantidad de sus beneficios puede aumentar.

# REPORTES DE MEDI-CAL:

## Medi-Cal Renovación

Por favor continúe enviando su renovación anual para *Marzo, Abril, Mayo y Junio*, ya que se procesara en una fecha mas adelante.

Para cualquier pregunta llame a 1-888-421-8080.

## Reportando Cambios

Si baja o pierde sus ingresos, o para agregar una persona a su caso, llame a nuestro Centro Telefónico de Atención al Cliente: 1-888-421-8080.

# COMO PRESENTAR DOCUMENTOS

Nuestras oficinas tienen acceso limitado debido a COVID-19, estas son las formas que puede proveer cualquier documento:

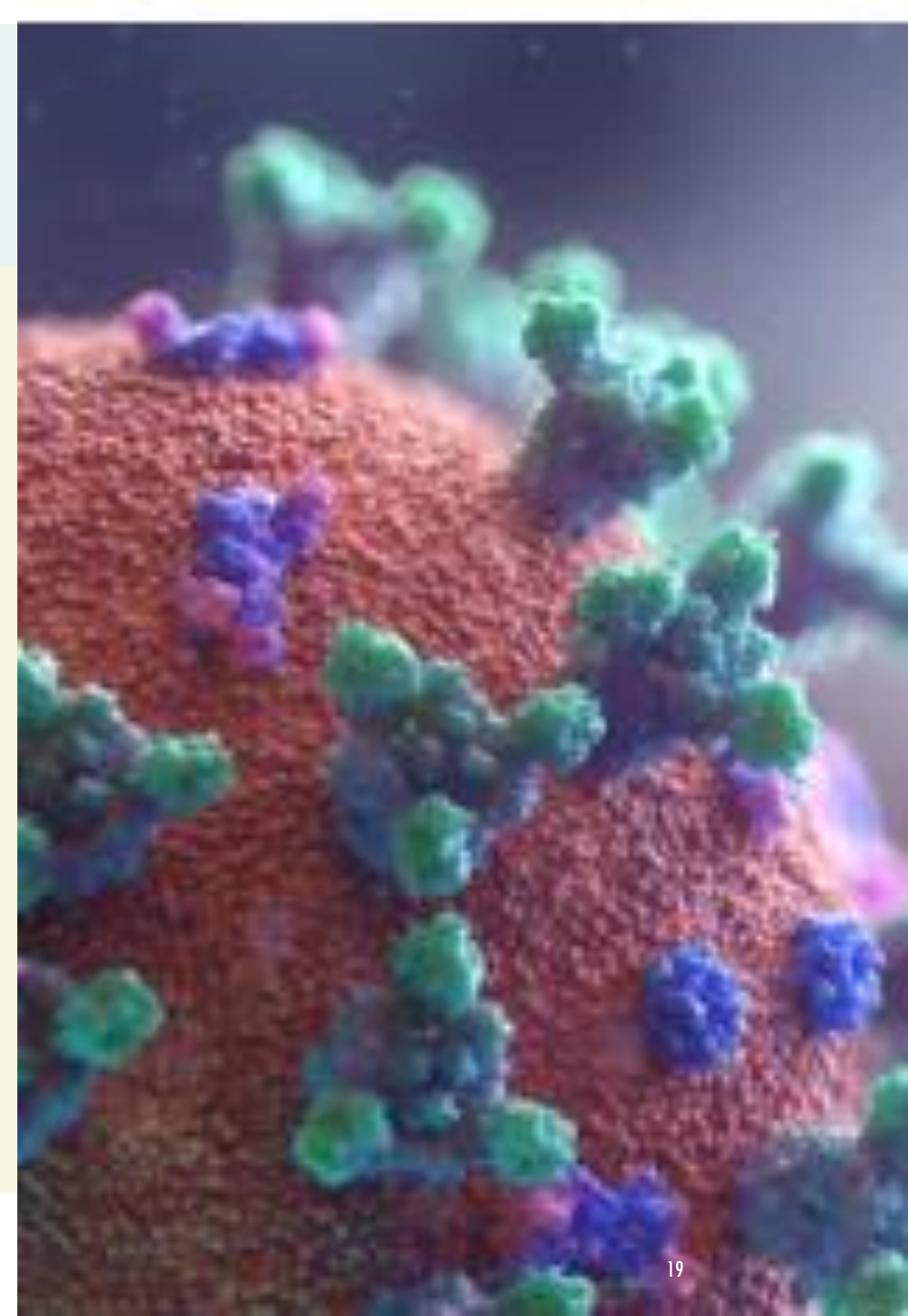
Todos los programas – Debe crear una cuenta en [www.mybenefitscalwin.org](http://www.mybenefitscalwin.org)

Todos los programas – No se requiere una cuenta en [My Santa Cruz County Mobile App](#) o en [www.getcalfresh.org](http://www.getcalfresh.org)

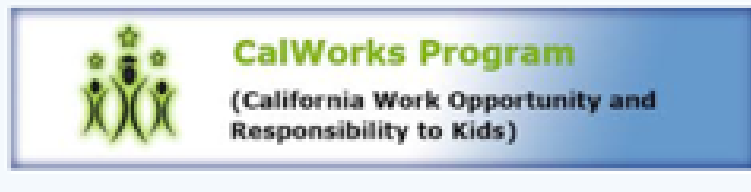
Medi-Cal – Debe crear una cuenta en [www.coveredca.com](http://www.coveredca.com)

Fax: 831-786-7100

Correo:  
Human Services Department  
P.O. Box 1320, Santa Cruz, CA 95061



REFERENCIA  
PARA OBTENER  
MAS  
INFORMACIÓN  
SOBRE  
REQUISITOS DE  
ELEGIBILIDAD:



[Hoja Informativa Para CaFresh](#)

[Hoja de Información Básica Para CalWORKs](#)

[Hoja Informativa Para Medi-Cal](#)

[Hoja Informativa Para Medi-cal con Ingreso Bruto Modificado Ajustado](#)

[Hoja informativa Para Asistencia General](#)

<https://www.santacruzhumanservices.org/EmploymentBenefits>

