糧食券證明期的期滿通知
呈報改變家庭

假如你對這項行動有任何問題，或需要更多資料，
請和你的工作員聯絡。

- 案件姓名：
- 案件號碼：
- 地區：
- 工作員：
- 電話：
- 通知日期：

1. 你目前的糧食券證明期將於 _____ 終止。
   - ☐ 你要求再次證明的申請正在辦理中。
2. 假如你要在目前證明期結束後不中斷地繼續領取糧食券，你必須：
   - ☐ 呈交你填妥的月報表 (CW 7)，報表須在_____以前收到，並且填寫附上的申請表，在你的再次證明面談以前呈交給郡福利辦事處。（請看下面第 3 項）。
   - ☐ 呈交你填妥的月報表 (CW 7)，報表須在_____以前收到。
   - ☐ 填寫和呈交申請表，郡福利辦事處須在_____以前收到申請表。
3. 若要確定你再次證明的申請立即得到辦理，你必須：
   - ☐ 出席面談，日期：_____，地點：
     - ☐ 假如你願意的話，你可以把填妥的月報表在你的再次證明面談時帶上。
   - ☐ 打電話約面談時間。
   - ☐ 把你的申請表寄至／送至：
   - ☐ 打電話索取申請表。
   - ☐ 為了我們可以辦妥你的申請，請做下列事項：

假如你在上面第 2 項指明的日期以後再申請的話，你的申請可能須要等長達 30 天以後全部辦理手續才告終結。**此外，在你新證明期的第一個月，你的福利將按比例分配。**

- ☐ **假如你不準時申請有充分的理由，你應該告訴郡福利辦事處。假如郡福利辦事處判定你有充分理由，你就有資格取回喪失的任何福利。**

假如你未出席預先約好的面談，但你有充分的理由，你應該告訴郡福利辦事處。假如郡福利辦事處判定使你不能出席面談的情況是你無法掌握的，將會給你安排第二次面談。

你有權利隨時向郡福利辦事處索取申請表格，並且讓郡福利辦事處接受你的申請。假如你和／或你的授權代表不能親自來郡福利辦事處再申請，並且你不能這樣做是具有正當理由，你應該打電話給郡福利辦事處，電話號碼如上。我們可以安排一位工作員到府上或用電話和你或你的授權代表面談。

以上行動為下列糧食券手冊條例制定：

假如你不同意這些規定，你有權利請求州聽證。有關聽證請求，請看本通知的反面。

你的聽證權利

假如你不同意郡政府所採取的任何行動的話，你有權利請求聽證。你只有90天的時間請求聽證。90天開始於郡政府發給你或寄給你通知後的那一天。

假如在對你的現金補助，加州醫藥補助(Medi-Cal)，糧食券，或托兒照顧採取行動以前你請求聽證：

- 在你等待聽證期間你的現金補助或Medi-Cal 將保持不變。
- 在你等待聽證期間你的托兒照顧服務保持不變。
- 你的糧食券保持不變，直至聽證時或你證明期的結束時，視那一個先發生。

假如聽證決定認為我們是對的，你將欠我們你所得到的額外現金補助，糧食券，或托兒照顧服務。
若在聽證以前，要我們減少或停止你的福利金，請在下面作記號：

要，減少或停止： ☐ 現金補助 ☐ 糧食券 ☐ 托兒照顧

在你為下列項目等待聽證期間

福利引至工作計劃：

你不必參加活動。

在寄你這份通知以前你因著就業和參加郡政府批准的活動可以領取托兒照顧付款。

假如我們通知你將停止你其它的協助性服務付款，即使你參加活動，你也不能再領取任何付款。

假如我們通知你將支付你其它的協助性服務付款，我們將以通知中告訴你的金額和付款方式付款。

- 若要得到這些協助性服務，你必須參加郡政府要你參加的活動。
- 在你等待聽證決定時，假如郡政府付你的協助性服務的金額不足夠讓你參加活動的話，你可以停止參加。

加州領取民眾補助十幾歲家長的教育計劃(Cal-Learn):

- 假如我們通知你我們不能為你服務，你就不能參加Cal-Learn計劃。
- 我們只為被批准的活動支付Cal-Learn協助性服務。

其他資料

Medi-Cal 地區管理護理計劃成員：在這份通知上所採取的行動會停止你從地區管理保健計劃項下領取服務。假如你有問題的話，你可以和你的健康計劃會員服務部門聯絡。

子女撫養費和／或醫藥方面撫養費：即使你沒有領取現金補助，你當地的子女撫養代理機構也會免費幫助你收取撫養費。假如他們現在為你收取撫養費的話，他們將保持進行收取，除非你書面通知他們停止這樣做。他們將寄給你現在所收取到的撫養費。但他們將保留收取到的欠郡政府過期未付的錢。

家庭計劃：你的福利所將把你要索取的資料提供給你。

聽證檔案：假如你請求聽證的話，州政府聽證部門將設立一份檔案。在你聽證以前，你有權查看這份檔案，並且至少在聽證前的兩天內得到一份郡政府對你案件的立場聲明的副本。州政府可以把你的聽證檔案交給福利所，聯邦健康人文服務部和聯邦農業部。 **(W&I Code Sections 10850 和 10950.)**

若要請求聽證

- **填寫這一頁。**
- 複印一份本頁的正反面留作你的記錄。假如你索取的話，你的工作員會給你一份本頁的副本。
- **請把這一頁寄至或送至：**

或者

- **打免費電話： 1-800-952-5253** 或者對聽或說有障礙，使用聾者電傳機(TDD) 的人，打**1-800-952-8349**。

要取得幫助：你可以打上面所列州政府的免費電話詢問你的聽證權利或者尋求法律諮詢的推薦。你可以在你當地的法律諮詢所或福利權利所取得免費的法律幫助。

假如你不願意單獨去聽證，你可以帶朋友或某位人士前去。

聽證要求

我因為_____ 郡福利所採取有關下列計劃的行動而要求聽證：

☐ 現金補助 ☐ 糧食券 ☐ Medi-Cal

☐ 其他（請列出）_____

理由在於：_____

☐ **假如你需要更多篇幅的話，請在此作記號並另加一頁。**

☐ 我需要州政府提供我一位不需要我付費的翻譯員。（你的親戚或朋友在聽證時不能為你翻譯。）
我的語言或方言是：_____

福利被拒絕，改變或停止人的姓名

出生日期 | 電話號碼

街道地址

城市 | 州 | 郵遞號碼

簽名 | 日期

填寫此表格人姓名 | 電話號碼

☐ **我要求下面提名人士在聽證時代表我。我准許這位人士查看我的記錄或為我去聽證。（這人可以是朋友或親戚，但不能為你作翻譯。）**

姓名 | 電話號碼

街道地址

城市 | 州 | 郵遞號碼