

# 授權代表

\_\_\_\_\_ , 20\_\_\_\_

State of California  
Department of Social Services  
P.O. Box 944243, M.S. 9-17-37  
Sacramento, California 94244-2430

我, \_\_\_\_\_ (姓名) \_\_\_\_\_ 住在

\_\_\_\_\_ (地址) \_\_\_\_\_ (市, 州和郵遞號碼)

要求 \_\_\_\_\_ (姓名)

\_\_\_\_\_ (機構)

\_\_\_\_\_ (地址) \_\_\_\_\_ (市和郵遞號碼)

代表我有關申請上訴和 / 或領取 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (補助計劃)

我在此授權給你的部門發布任何或與這申請有關的全部資訊給此人 / 機構。

簽名 \_\_\_\_\_

**如果你仍然希望上訴**，你必須出席聽證會或要求某人代表你出席。如果在約會時間沒有出席，這整個事件將會被取消。即使你指定某人代表你，你在聽證會的出席會促使行政法官作出更適當的決定。如果你已經授權給某人代表你出席，授權書應以書面書寫，並遞給聽證會的行政法官。此授權代表表格正是這目的。如果你想授權某人在聽證會代表你，請填妥此表格並將此表格帶到你的聽證會或要求你的代表替你帶到聽證會。你應通知你的代表有關你的聽證會的時間和地點。你可以帶同你的証人或其他你相信可以幫助解釋你情況的人。你亦應帶同任何文件或其它資料你認為是重要的而你希望因此而受到考慮。

有關你申請的資料已經送去你的郡福利所或送到加州健康服務處。那部門的職員或將會聯絡你有關部門的決定，起訴的原因，和你努力尋求解決問題的申請原因。

如果你已經在接受援助，你的援助金額會繼續一樣如果你的申請要求是在提出起訴的有效日期之前，而且你要求待決期間繼續領取你的援助。

如果你現在不是在接受援助，待決期間，你不會接受到補助。