加州糧食補助計劃的 CALFRESH 拒絕/取消資格通知

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

郡

通知日期: _____
案件名稱: _____
號碼: _____
工作員姓名: _____
號碼: _____
電話號碼: _____
地址: _____

(ADDRESSEE)

有問題嗎? 請向你的工作員詢問.

州聽證: 假如你認為採取的行動是錯誤的, 你可以請求聽證。本頁反面會告訴你怎樣進行。假如你在採取行動之前請求聽證的話, 你的福利不會發生改變。

郡政府將採取以下行動, 因為 _____ 不遵守加州糧食補助計劃 (CFAP) 的 CalFresh 工作條例.
自 _____ 起,

- ☐ _____ 被拒絕領取 CalFresh 福利.
- ☐ _____ 被取消 CalFresh 計劃的資格.
- ☐ 你家庭的 CalFresh 福利金額將由 _____ 改至 _____.
- ☐ 其它 _____

若要繼續領取 CalFresh 福利, _____ 必須合乎資格. 若要合乎資格, 此人士必須:

- 被豁免 CFAP 工作條例, 或
- 採取行動以終止取消資格或終止拒發.

☐ 你可以在任何時間採取行動來終止此取消資格.

☐ 你只有在 _____ 以後才可以採取行動來終止此取消資格.
假如你得到豁免工作條例的話, 可以在任何時候終止此取消資格.

假如你的家屬有其他的改變的話, 你將收到另一份通知.

為何 CALFRESH 福利被停止或拒絕	如何領取 CALFRESH 福利
☐ 沒有出席約談/ 沒有給我們所要求的資料.	打電話給我們/ 提供所需資料.
☐ 不去工作.	假如仍有此工作的話要去工作, 或者做另派給的工作.
☐ 拒絕接受工作.	如果仍有該工作機會, 接受這份工作, 或者另找工作. 另外那份工作必須或是每週至少30小時, 或是每週工資多於: ● 你所拒絕的工作, 或者 ● 聯邦政府最低工資乘以30.
☐ 把工作時數改為每週少於 30 小時.	把工作時數增加至每週至少30個小時.
☐ 辭職.	假如這份工作仍對外開放的話應再接受這份工作. 或者找尋另一份工作, 其工資和工作時數必須至少和辭掉的工作一樣.
☐ 不符合加州工作機會並對孩子負責任計劃 (CalWORKs) 的福利引至工作 (welfare-to-work) 條例.	開始符合那些條例.
☐ 沒有繼續參加尋職. 工作分派, 上學或參加我們派給你的訓練課.	開始做我們分派給你的工作. 請打電話或來找我們. 我們將告訴你做些什麼.
☐ 其它.	

上述人士可能也需要符合無補助的 CFAP 工作條例. 假如那人不符合領取 CalFresh 的資格是因為符合資格的月份不足, 以至於無法繼續領取 CalFresh 福利, 則另外一份通知將寄出, 告訴他們需要做些什麼才能繼續領取 CalFresh 福利.

法規: 這些條例適用. 你可以在你的福利所查看.

MPP ☐ 63-407 ☐ 63-408 ☐ 63-410 ☐ W&IC 18932(a) ☐ All County Letter 99-78 ☐ 其它_____

你的聽證權利

假如你不同意郡政府所採取的任何行動，你有權利請求聽證。你只有90 天的時間請求聽證。開始於郡政府發給你或寄給你通知後的那一天。如果你有充份的理由為什麼你不能在90 天內請求聽證，你還可以請求聽證。如果你提供充份的理由，聽證會還可能安排。

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

- 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CalFresh 福利保持不變，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 ☐ CalFresh ☐ 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，我們將在此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。

子女撫養和／或醫藥付擔費：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領取資助。假如他們現在為你收取資助的話，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資助，但他們將收起你所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** 或者對聽覺或言語有障礙，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 ☐ CalFresh ☐ 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