조치 통지서

카운티

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

통지일 : _____
사건명 : _____
사건 번호 : _____
담당자명 : _____
담당자 번호 : _____
전화번호 : _____
주소 : _____
_____

궁금한 사항이 있습니까? 담당자에게 문의해 주십시오.

주 청문회: 본 조치가 부당하다고 생각되는 경우 청문회를 요청할 수 있습니다. 이 페이지의 뒷면에 청문회 요청 방법이 설명되어 있습니다. 본 조치가 취해지기 전에 청문회를 요청하면 귀하의 혜택은 변경되지 않을 수 있습니다.

_____ 님, 카운티 기록에 따르면 귀하는 다음 사항을 이행하지 않았습니다:

- ☐ _____ 에 근로연계 복지 프로그램에 서명.
- ☐ _____ 에 _____ 참여.
- ☐ _____로 인한 _____ 활동에 있어서의 향상.
- ☐ _____ 에서의 일자리 수용
- ☐ _____에서의 일자리 유지 동일한 금액의 소득 유지.

카운티에서는 귀하의 현금 보조금을 변경하지 않습니다.

카운티는 귀하와 상담할 필요가 있습니다

근로연계 복지 프로그램 혜택을 유지하기 위해, 카운티는 귀하와 다음 문제에 대하여 상담하고자 합니다 귀하를 위하여 _____일 , _____ 시, _____ 에서 약속이 잡혀 있습니다 . 이 약속 장소에 가기 위해 교통편이나 아동 보호가 필요한 경우에는 아래 열거된 전화번호로 근로연계 복지 담당자에게 전화 주십시오.

근로연계 복지 담당자명 _____
전화 번호: _____

이 약속에 나갈 수 없는 경우에는, 담당자에게 전화하여 약속 날짜를 새로 잡아야 합니다. 정당한 사유가 없는 한, 귀하는 이 약속을 한 차례만 변경할 수 있습니다. 약속에 나가지 않고 담당자에게 전화하여 문제점을 이야기할 수도 있습니다. _____ 까지 담당자에게 전화하여 새로운 약속 날짜를 정하거나 전화로 귀하의 문제점을 이야기할 수 있습니다

담당자와 상담하는 경우 카운티에서 귀하에게 요청한 사항을 이행하지 않은 것에 대하여 정당한 사유("정당한 이유")가 있는지의 질문을 하게 됩니다. 카운티가 귀하에게 정당한 사유가 있었다고 판단하는 경우, 카운티는 이 문제로 인하여 귀하를 근로연계 복지 프로그램으로부터 배제하지 않게 됩니다. 정당한 사유의 몇 가지 예로는 아동 보호를 받고 있지 않거나 교통편이 없는 것이 될 수 있습니다 정당한 사유의 다른 예에 대해서는, 본 통지서와 함께 발송된 "정당한 원인 판단 요청서"를 참조하시기 바랍니다

근로연계 복지 혜택을 유지하는 방법

카운티가 귀하에게 요청한 사항을 이행하지 못한 정당한 사유를 입증시키지 못하는 한 _____일 부로, 귀하는 근로연계 복지 프로그램에서 배제됩니다 정당한 사유가 없는 경우에는, 근로연계 복지 프로그램 혜택을 유지하기 위해 준수 계획에 동의할 수 있습니다. 준수 계획에 동의하지 않는 경우에는, 근로연계 복지 프로그램에서 배제될 때까지 별도의 통지를 받지 않게 됩니다.

귀하가 근로연계 복지 프로그램에 참여하고 있지 않은 경우에는, 교통 또는 근로나 교육훈련 관련 비용을 지급하지 않습니다 카운티는 귀하가 근로하는 경우나 학교에 다니는 경우 아동 보호 지원금을 지급할 수 있습니다.

근로연계 복지 혜택 회복 방법

근로복지 연계 프로그램에서 배제된 경우에는 나중에 다시 참여할 수 있습니다. 언제 참여할 수 있고 의무사항은 무엇인지를 알아보시려면 _____로 카운티에 전화해 주십시오.

무료 법률지원이 필요하십니까? 이 문제와 관련하여 다음과 같은 기관으로부터 무료 지원을 받을 수 있습니다:

지역 법률지원 사무소: ( )

_____

주 복지단체: ( )

_____

식권: 근로연계 복지 요건을 충족하지 못하여 식권 제재를 받게 되면, 식권을 받지 못할 수 있습니다. 식권 제재를 받게 되는 경우에는, 귀하의 식권 중단 기간이 표시된 별도의 통지서를 받게 됩니다.

메디-칼[Medi-Cal]: 본 조치 통지서는 메디-칼 혜택을 변경하거나 중단시키지 않습니다. **플라스틱 혜택 식별 카드를 계속 사용하십시오.**

규정 : 다음과 같은 규정들이 적용됩니다 : 칼웍스(CalWORKs) MPP § 42 – 712 (면제 사항); 42-713 (정당한 사유); 42-721 (비준수 및 정당한 사유). 식권(Food Stamps) MPP § 63-407.521. 복지 사무소에서 이들 규정을 검토할 수 있습니다

당신의 청문회 권리

만약 카운티의 조치에 동의하지 않으면 당신은 청문회를 요청할 권리가 있습니다. 청문회 요청은 90일 이내에 해야 합니다. 이 90일은 카운티가 이 통보를 주거나 발송한 날부터입니다.

만약 당신이 현금보조, 의료보조, 식량보조 또는 아동부양에 대한 조치가 취해지기 전에 청문회를 요청하면:

- 당신의 현금보조나 의료보조는 청문회를 기다리는 동안 유지될 것입니다.
- 당신의 아동부양 보조는 청문회를 기다리는 동안 유지될 것입니다.
- 당신의 식량보조는 청문회나 배급권 기한 만료중 먼저 오는 날까지 유지될 것입니다.

만약 청문회의 결정이 우리가 옳았으면 당신은 초과 지급된 현금보조, 식량보조나 아동부양 보조등을 갚아야 됩니다.

당신의 혜택을 청문회 전에 내려 주기를 원하면 아래 칸에 표하십시오:
예, 삭감 또는 정지: ☐ 현금보조 ☐ 식량보조 ☐ 아동부양 보조

당신이 아래 사항들에 대한 청문회 결정을 기다리는 동안:
복지에서 근로로(Welfare to Work):

당신은 활동에 참여하지 않아도 됩니다.
당신은 이 통보 이전에 카운티에서 승인한 활동이나 고용을 위해 아동부양 보조를 받을 수 있습니다.
만약 우리가 당신의 보조가 정지된다 했으면 당신이 활동에 참여한다 해도 아무런 보조도 더 이상 받지 못할 것입니다.
만약 우리가 당신의 보조가 지급된다 했으면 이 통보에 적힌 액수와 방법대로 지불 될 것입니다.

- 그런 보조를 받기 위해서는 카운티에서 지정한 활동에 참여해야 합니다.
- 만약 청문회의 결과를 기다리는 동안 카운티에서 지불하는 보조액이 활동에 참가하기에 너무 부족하면 그 활동에 참가하는 것을 중단할 수 있습니다.

교육보조(Cal-Learn)

- 우리가 당신을 수용할 수 없다고 했으면 당신은 교육보조 프로그램에 참여 할 수 없습니다.
- 우리는 인가된 활동에 대해서만 교육보조비를 지불합니다.

기타 정보

의료보조 관리계획 회원 (Medi-Cal Managed Care Plan Members): 이 통보의 조치는 당신의 관리 건강계획으로부터 보조를 중단시킬 것입니다. 질문이 있으면 건강 관리 계획부에 문의하십시오.

아동부양 그리고/또는 의료보조: 지역 아동부양 요원이 당신이 현금보조를 받지 않는다 해도 무료로 보조금을 받아줄 것입니다. 만약 그 들이 보조금을 받아주고 있으면 당신이 서면으로 정지시키지 않는 한 계속할 것입니다. 그 들이 현재 보조금은 받아 주지만 카운티가 밀린 지난 보조금은 그 들이 갖게 될 것입니다.

가족 계획: 당신이 원하면 복지 사무소에서 정보를 드릴 것입니다.

청문회 접수: 당신이 청문회 신청을 하면 주 청문국은 서류를 작성할 것입니다. 당신은 청무회 전에 이 서류를 볼 권리가 있으며 당신의 케이스에 대한 카운티의 입장을 청문회 최소한 이틀 전에 서면으로 받아볼 수 있습니다. 주 정부는 당신의 청문회 서류를 복지과, 보건과, 인문 봉사부 그리고 농무성에 줄 수도 있습니다. (W&I Code Sections 10850 and 10950.)

청문회를 요청하기 위해서는:

- 이 페이지를 기재하십시오.
- 당신의 기록을 위해 이 페이지의 전 후면을 복사해 놓으십시오. 담당자에게 말하면 이 면의 앞 페이지를 복사해 줄 것입니다.
- **아래 주소로 가져가거나 보내십시오:**

또는

- **무료전화: 1-800-952-5253** 을 사용하거나 청각 또는 언어 장애자는 **TDD 1-800-952-8349** 를 이용하십시오.

도움 청하기: 당신은 위의 전화 번호로 청문회에 관한 당신의 권리나 법적 도움 알선을 부탁할 수 있습니다. 당신은 지역 법률 상담소나 복지사무소로부터 무료 도움을 받을 수 있습니다.

만약 당신이 청문회에 혼자 가고싶지 않으면 당신의 친구나 다른 사람을 데려갈 수 있습니다.

청문회 신청서

나는 _____ 카운티의 복지과에서 취한 하기의 사항에 대한 조치로 인하여 청문회를 신청합니다.
☐ 현금보조 ☐ 식량보조 ☐ 의료보조
☐ 기타 (서술하시오) _____

이유 설명: _____

☐ **공간이 더 필요하면 여기에 표시하고 다른 페이지를 첨부하시오.**

☐ 나는 주 정부에 무료 통역관 제공을 의뢰합니다.
(친지나 친구는 청문회에서 당신의 통역관이 될 수 없습니다)
나의 언어 또는 방언: _____

혜택이 거절, 변경 또는 정지된 사람의 성명

생년 월일	전화 번호

주소

시	주	우편 번호

서명	일자
서류 작성자 성명	전화 번호

☐ **나는 하기한 사람이 이 청문회에서 나를 대표하기 원 합니다. 나는 이 사람이 나의 기록을 보거나 내 대신 청문회에 갈 것을 허락합니다. (이 사람은 친구나 친척일 수 있지만 통역을 할 수는 없습니다.)**

이름	전화 번호

주소

시	주	우편 번호