NOTICE OF ACTION

COUNTY OF

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

통지일 : _____
해당자 이름 : _____
번호 : _____
담당자 이름 : _____
번호 : _____
전화번호 : _____
주소 : _____

[ADDRESSEE]

질문이 있으시면 담당자에게 문의하십시오.

주정부 청문회: 이 조치가 잘못되었다고 생각할 경우 청문회를 요청할 수 있습니다. 본 통지서의 뒷면에 방법이 설명되어 있습니다. 조치가 취해지기 전에 귀하가 청문회를 요청할 경우 혜택은 변경되기 않을 것입니다.

_____, 기록에 의하면 귀하는 다음을 하지 않았습니다.
☐ _____에 '일을 위한 복지' 과정(Welfare to Work plan)에 등록하지 않았습니다.
☐ _____에 _____ 활동에 참여하지 않았습니다.
☐ 귀하의 _____활동에서 진도가 없었습니다. 왜냐하면, _____.
☐ _____ 일자리를 수용하지 않았습니다.
☐ _____ 일자리를 유지하지 않았습니다.
☐ 동일한 액수의 소득을 유지하지 않았습니다.

저희는 귀하와 이야기를 해야 합니다.

귀하 가족의 현금 보조가 감소되는 것을 막기 위해 저희는 이 문제에 대해서 귀하와 이야기를 해야 합니다. 귀하를 위한 약속은 _____ 날짜, _____으로 정해졌습니다. 장소는 _____입니다.
이 모임에 오기 위해서 교통 수단이나 아동 보육이 필요할 경우, 아래 '일을 위한 복지' 담당 직원의 전화번호로 연락하십시오.
'일을 위한 복지' 담당 직원 이름:_____
전화번호_____

이 모임에 오실 수 없을 경우, 담당 직원에게 반드시 전화하셔서 새로운 약속을 정해야 합니다. 합당한 이유가 제시되지 않는 한, 이 모임은 단 한번만 변경될 수 있습니다. 또한 모임에 참석하는 것 대신, 담당 직원에게 전화하여 이 문제에 대해서 통화를 할 수도 있습니다. 모임을 위한 새로운 약속을 정하기 위해서, 또는 귀하의 문제에 대한 통화를 위해서 담당 직원에게 _____ 이전에 전화하셔야 합니다.

담당 직원과 통화하실 때, 요청받은 것들을 귀하가 하지 않은 합당한 이유(충분한 이유)가 있었는지에 대해서 질문받을 것입니다. 귀하에게 합당한 이유가 있었음으로 확인이 되면, 귀하 가족의 현금 보조는 상기 이유로 인해 감소되지 않을 것입니다. 합당한 이유의 예로서는, 아동 보육 수단 또는 교통 수단이 갖춰지지 않았다는 것이 될 수 있습니다. 기타 이유에 대해서는 본 통지서와 함께 발송된 "합당한 이유 결정 요구(Request For Good Cause Determination)" 양식을 보십시오.

또한 귀하가 '일을 위한 복지'(Welfare to Work) 활동을 하지 않았을 때 실제로 귀하는 면제받았어야 했음을 저희에게 보일 수 있다면 귀하 가족의 현금 보조는 감소되지 않을 것입니다.

귀하가 요구받은 것을 하지 않은 합당한 이유가 없을 경우, '일을 위한 복지' 규정을 충족시키기 위한 준수 과정에 동의하시는 방법이 있습니다. 준수 과정에 따를 것으로 동의한 후 그 과정을 수행할 경우, 귀하 가족의 현금 보조는 감소되지 않을 것입니다. 귀하가 준수 과정에 따를 것으로 동의했으나 차후 이를 수행하지 않을 경우, 귀하 가족의 현금 보조는 감소됩니다. 이 경우 귀하는 별도의 통지서를 받을 것입니다.

규정: 다음 규정이 적용됩니다. CalWORKs MPP § 42-712 (면제사항), 42-713 (합당한 이유), 42-721 (비준수 및 합당한 이유). 식품권 MPP § 63-407.521. 이러한 규정들은 복지 사무소에서 검토하실 수 있습니다.

귀하 가족의 현금 보조가 감소되는 것을 방지할 수 있는 방법

_____날짜로, 귀하가 요청받은 것을 하지 않은 합당한 이유를 저희에게 보여주지 않는 한, 다음 페이지에 나타난 것과 같이 $_____에서 $_____로 귀하 가족의 현금 보조는 감소될 것입니다. 합당한 이유가 없는 경우, 귀하 가족의 현금 보조가 감소되는 것을 방지하기 위해서 준수 과정을 따를 것에 동의하는 방법이 있습니다. 준수 과정에 동의하지 않을 경우, 귀하 가족의 현금 보조가 감소되기 전에는 귀하는 저희로부터 추가 통지서를 받지 않을 것입니다.

귀하 가족의 현금 보조가 감소될 경우, 귀하 가족이 받게 될 액수를 저희가 어떻게 계산했는지에 관한 정보를 확인하기 위해서 첨부된 예산 계산 페이지를 보십시오.

귀하의 현금 보조가 중단될 경우, 저희는 교통비 또는 근로 및 훈련 관련 비용을 지불하지 않을 것입니다. 만약 귀하가 일을 하거나 학교를 다닐 경우, 저희는 아동 보육비를 지불할 수도 있습니다.

현금 보조를 다시 받을 수 있는 방법

귀하께서는 요청받은 것을 하지 않으셨고 보조 부분에서 제외되었기 때문에 귀하 가족의 현금 보조가 감소되었습니다. 귀하 가족의 현금 보조가 감소된 경우, 카운티에 연락하여 현금 보조를 다시 받기를 원한다는 의사를 표명하고 카운티가 요구하는 사항을 수행하여 귀하가 자격이 된다면, 본인 할당량의 현금 보조를 다시 받을 수 있습니다.

현금 보조를 다시 받는 것에 대해 연락하실 수 있는 카운티 전화번호:_____.

가족 중 본인 외 다른 부모, _____ 또한, 자격이 된다면 카운티에 연락하여 현금 보조를 다시 받기를 원한다는 의사를 표명하고 요구 사항을 수행함으로서 다시 현금 보조를 받을 수도 있습니다.

무료 법률 도움이 필요하십니까? 이 문제에 대해서 다음 기관으로부터 무료 도움을 받을 수 있습니다.

지역 법률 보조 사무소: ( )
_____

주 복지 권리 단체: ( )
_____

식품권: '일을 위한 복지' 요구 사항을 충족하지 않을 경우, 식품권 처벌 또한 야기될 수 있으며 식품권을 받지 못하게 될 수도 있습니다. 식품권 처벌이 이루어질 경우, 별도의 통지서가 발부되어 얼마동안 식품권이 중지될 것인지에 대한 통보를 받을 것입니다.

메디-칼(Medi-Cal): 본 실행 통지서는 메디-칼 혜택을 변경하거나 중단하지 않습니다. **플라스틱 메디-칼 혜택 ID 카드는 간직하십시오.**

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