QUẬN

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

THÔNG BÁO CHẤP THUẬN CẤP PHÚC LỢI CALFRESH

Ngày Thông Báo : _____
Hồ Sơ
Tên : _____
Số : _____
Nhân Viên
Tên : _____
Số : _____
Điện Thoại : _____
Địa chỉ : _____

(ADDRESSEE)

Thắc mắc? Xin hỏi Nhân Viên của quý vị.

Phiên Xử Tiểu Bang: Nếu quý vị cho rằng biện pháp này là sai, quý vị có thể yêu cầu một phiên xử. Mặt sau của trang này cho quý vị biết cách thức. Phúc lợi của quý vị có thể không thay đổi nếu quý vị yêu cầu một phiên xử trước khi biện pháp này xảy ra.

☐ **ĐƠN XIN PHÚC LỢI CALFRESH CỦA QUÝ VỊ ĐÃ ĐƯỢC CHẤP THUẬN.**

Số tiền phúc lợi ban đầu của quý vị là: $_____ cho _____. Số tiền phúc lợi cho giai đoạn chứng nhận còn lại của quý vị sẽ là $ _____ từ _____ đến _____.

NẾU QUÝ VỊ CŨNG XIN TRỢ CẤP TIỀN MẶT CASH AID, và vẫn chưa được chấp thuận, thì phúc lợi CalFresh của quý vị có thể bị giảm hoặc ngưng mà không thông báo thêm nếu trợ cấp tiền mặt cash aid của quý vị được chấp thuận.

- ☐ Tư cách hội đủ tiêu chuẩn CalFresh bắt đầu cùng ngày với trợ cấp tiền mặt cash aid của quý vị.
- ☐ Phúc lợi tháng đầu tiên của quý vị bao gồm nhiều hơn phúc lợi một tháng tuỳ thuộc vào ngày đơn của quý vị được chấp thuận.
- ☐ Phúc lợi tháng đầu tiên của quý vị được tính theo tỷ lệ kể từ ngày quý vị nộp đơn.

☐ **VÌ QUÝ VỊ NHẬN ĐƯỢC PHÚC LỢI CALFRESH NGAY LẬP TỨC**, chúng tôi đã không yêu cầu quý vị nộp xác minh sau đây:

Quý vị phải nộp xác minh này trước ngày _____ nếu không quý vị sẽ ngưng hội đủ điều kiện hưởng CalFresh. Quý vị sẽ không được thông báo thêm. Nếu xác minh quý vị nộp thay đổi tư cách hội đủ điều kiện hoặc phúc lợi của quý vị, chúng tôi sẽ thực hiện thay đổi đó. Quý vị **sẽ không** nhận được thông báo sớm trước khi chúng tôi tiến hành điều đó.

Hộ gia đình CalFresh của quý vị có thể đủ điều kiện để nhận được Trợ cấp Tiện ích Tiểu bang (State Utility Assistance Subsidy - SUAS). Nếu hội đủ điều kiện, quận sẽ cấp phần trợ cấp $20.01 SUAS. Đây là phần trợ cấp được cấp một lần mỗi năm và nếu hội đủ điều kiện số tiền này được chuyển vào tài khoản EBT tiền mặt của quý vị. Nếu quý vị không có tài khoản EBT tiền mặt, quý vị sẽ được lập một tài khoản với thẻ EBT CalFresh của quý vị. Quý vị không cần phải làm gì để nhận thẻ mới, nhưng quý vị có thể sử dụng nó để chi trả những chi phí mà không được CalFresh tài trợ. Khoản thanh toán này cho phép quận sử dụng phần khấu trừ tiện ích cao nhất (Standard Utility Allowance - SUA - Trợ Cấp Tiện Ích Tiêu Chuẩn) cho những phúc lợi về thực phẩm. Quý vị có thể dùng số tiền $20.01 này khi quý vị dùng thẻ EBT của mình. Nếu quý vị muốn biết thêm chi tiết, vui lòng liên lạc văn phòng quận tại địa phương của quý vị.

Quy Định: Các quy định này có thể áp dụng:
Quý vị có thể xem những thông tin đó tại văn phòng phúc lợi của quý vị.

QUYỀN ĐIỀU TRẦN CỦA QUÝ VỊ

Quý vị có quyền yêu cầu buổi điều trần nếu không đồng ý với bất cứ hành động nào của quận. Quý vị chỉ có 90 ngày để yêu cầu buổi điều trần. Thời hạn 90 ngày khởi đầu từ ngày sau khi quận trao hoặc gởi thông báo này qua bưu điện cho quý vị. Nếu có lý do chánh đáng không thể đệ đơn yêu cầu buổi điều trần trong vòng 90 ngày, thì quý vị vẫn có thể đệ đơn yêu cầu buổi điều trần. Nếu quý vị cho biết lý do chánh đáng, thì buổi điều trần vẫn có thể được sắp xếp thời biểu.

Nếu quý vị yêu cầu buổi điều trần <u>trước</u> khi hành động liên quan đến Hỗ Trợ Tiền Mặt, Medi-Cal, CalFresh, hoặc Giữ Trẻ được thực thi:

- Hỗ Trợ Tiền Mặt hoặc Medi-Cal của quý vị vẫn giữ nguyên trong thời gian quý vị chờ thực hiện buổi điều trần.
- Dịch Vụ Giữ Trẻ của quý vị có thể vẫn giữ nguyên trong thời gian quý vị chờ thực hiện buổi điều trần.
- Trợ cấp CalFresh của quý vị vẫn giữ nguyên cho đến khi thực hiện buổi điều trần hoặc kết thúc thời hạn chứng nhận, tùy theo thời hạn nào đến trước.

Nếu quyết định sau buổi điều trần phán xử hành động của chúng tôi đúng đắn, thì quý vị sẽ nợ chúng tôi mọi khoản Hỗ Trợ Tiền Mặt, CalFresh hoặc Giữ Trẻ nào quý vị lãnh dư. Muốn để cho chúng tôi giảm bớt hoặc ngưng tiền trợ cấp của quý vị trước khi thực hiện buổi điều trần, xin đánh dấu bên dưới:

Có, giảm bớt hoặc ngưng: ☐ Hỗ Trợ Tiền Mặt ☐ CalFresh ☐ Giữ Trẻ

Trong thời gian quý vị chờ Quyết định sau buổi điều trần cho:

<u>Welfare to Work (Trợ cấp giúp đi làm):</u>

Quý vị không phải tham gia vào các hoạt động.

Quý vị có thể được trả tiền giữ trẻ để đi làm và tham gia các hoạt động được quận chấp thuận trước khi nhận được thông báo này.

Nếu chúng tôi báo cho quý vị biết các khoản tiền trả dịch vụ hỗ trợ khác của quý vị sẽ chấm dứt, thì quý vị không được lãnh thêm bất cứ khoản tiền nào, ngay cả khi quý vị tham gia vào hoạt động của mình.

Nếu chúng tôi báo cho quý vị biết chúng tôi sẽ trả tiền cho các dịch vụ hỗ trợ khác, thì các dịch vụ đó sẽ được chi trả ở mức và theo cách thức như cho biết trong thông báo này.

- Muốn được các dịch vụ hỗ trợ đó, quý vị phải tham gia vào hoạt động mà quận yêu cầu quý vị tham gia.
- Nếu khoản tiền dịch vụ hỗ trợ mà quận chi trả trong thời gian quý vị chờ quyết định sau buổi điều trần không đủ để cho quý vị tham gia, thì quý vị có thể ngưng tham gia vào hoạt động đó.

<u>Cal-Learn</u>:

- Quý vị không thể tham gia vào Chương Trình Cal-Learn (Cal-Learn Program) nếu chúng tôi báo cho quý vị biết chúng tôi không thể phục vụ quý vị.
- Chúng tôi chỉ chi trả cho dịch vụ hỗ trợ Cal-Learn khi quý vị tham gia vào hoạt động được chấp thuận.

THÔNG TIN KHÁC

Hội Viên Chương Trình Chăm Sóc Quản Lý Medi-Cal: Hành động trong thông báo này có thể ngăn cản quý vị không được các dịch vụ từ chương trình chăm sóc quản lý sức khỏe của mình. Quý vị nên liên lạc với dịch vụ hội viên chương trình sức khỏe của mình nếu có thắc mắc.

Hỗ Trợ Trẻ Em và/hoặc Y Tế: Cơ quan hỗ trợ trẻ em địa phương sẽ giúp quyên góp tiền hỗ trợ miễn phí ngay cả khi quý vị không được hỗ trợ tiền mặt. Nếu họ đang quyên góp tiền hỗ trợ cho quý vị, thì họ vẫn tiếp tục thực hiện điều đó, trừ khi quý vị bảo họ ngưng quyên góp - bằng văn bản. Họ sẽ gởi cho quý vị khoản tiền hỗ trợ quyên góp được hiện có, nhưng sẽ giữ lại khoản tiền quá hạn còn nợ quận trong số đó.

Kế Hoạch Hóa Gia Đình: Văn phòng trợ cấp xã hội sẽ cung cấp thông tin khi quý vị yêu cầu.

Hồ Sơ Điều Trần: Nếu quý vị yêu cầu buổi điều trần, thì Phân Ban Điều Trần Tiểu Bang (State Hearing Division) sẽ lập hồ sơ. Quý vị có quyền duyệt qua hồ sơ này trước buổi điều trần và lấy một bản tuyên bố quan điểm của quận về nội vụ của quý vị ít nhất hai ngày trước ngày điều trần. Tiểu bang cũng có thể cung cấp hồ sơ điều trần của quý vị cho Ban Trợ Cấp Xã Hội (Welfare Department) cũng như Bộ Dịch Vụ Sức Khỏe và Nhân Sự Hoa Kỳ (U.S. Department of Health and Human Services) và Bộ Nông Nghiệp Hoa Kỳ (U.S. Department of Agriculture). **(Luật Trợ Cấp và Định Chế (W&I Code) Đoạn 10850 và 10950).**

MUỐN YÊU CẦU BUỔI ĐIỀU TRẦN:

- **Điền trang này.**
- Sao lại mặt trước và mặt sau của trang này để lưu hồ sơ quý vị.

  Nếu quý vị yêu cầu, nhân viên xã hội sẽ lấy cho quý vị một bản của trang này.
- **Gởi hoặc đem nộp trang này đến:**

HOẶC

- **Gọi số miễn phí: 1-800-952-5253 hoặc 1-800-952-8349** đối với người bị khiếm khuyết thính giác hay âm ngữ dùng TDD.

Muốn nhờ giúp đỡ: Quý vị có thể hỏi về quyền điều trần của mình hoặc xin giới thiệu trợ giúp pháp lý theo các số điện thoại miễn phí của tiểu bang ghi rõ bên trên. Quý vị có thể được trợ giúp pháp lý miễn phí tại văn phòng trợ giúp pháp lý địa phương hoặc quyền trợ cấp xã hội.

Nếu không muốn đi đến buổi điều trần một mình, thì quý vị có thể mời một bạn hữu hay người khác đi theo.

ĐƠN YÊU CẦU BUỔI ĐIỀU TRẦN

Tôi muốn thực hiện buổi điều trần do hành động của Ban Trợ Cấp Xã Hội Quận _____ đối với trợ cấp của tôi:

☐ Hỗ Trợ Tiền Mặt ☐ CalFresh ☐ Medi-Cal

☐ Dạng khác (xin liệt kê) _____

Lý Do: _____

_____

_____

_____

_____

_____

☐ **Nếu quý vị cần có thêm chỗ trống, hãy đánh dấu nơi đây và gộp thêm trang.**

☐ Tôi cần tiểu bang cung cấp một thông dịch viên miễn phí cho tôi. (Thân nhân hoặc bạn hữu không thể làm thông dịch viên cho quý vị trong buổi điều trần).

Ngôn ngữ hay thổ ngữ của tôi: _____

TÊN CỦA NGƯỜI BỊ TỪ CHỐI, THAY ĐỔI HOẶC CHẤM DỨT TIỀN TRỢ CẤP CỦA HỌ		
NGÀY SANH	SỐ ĐIỆN THOẠI	
ĐỊA CHỈ ĐƯỜNG PHỐ		
THÀNH PHỐ	TIỂU BANG	BƯU CHÁNH
CHỮ KÝ	NGÀY	
TÊN CỦA NGƯỜI ĐIỀN MẪU NÀY	SỐ ĐIỆN THOẠI	

☐ **Tôi muốn người có tên dưới đây làm đại diện cho tôi trong buổi điều trần này. Tôi cho phép người này duyệt qua hồ sơ của tôi hoặc đại diện cho tôi đến dự buổi điều trần. (Người này <u>có thể là</u> bạn hữu hoặc thân nhân nhưng không thể làm thông dịch viên cho quý vị).**

TÊN	SỐ ĐIỆN THOẠI	
ĐỊA CHỈ ĐƯỜNG PHỐ		
THÀNH PHỐ	TIỂU BANG	BƯU CHÁNH