STATE OF CALIFORNIA—HEALTH AND WELFARE AGENCY

DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

744 P Street, Sacramento, CA 95814

February 9, 1988

ALL COUNTY LETTER NO. 88-22

TO: ALL COUNTY WELFARE DIRECTORS

SUBJECT: FOOD STAMP FORMS: DFA 377.1(1/88) and DFA 377.1A(1/88)

The purpose of this letter is to notify County Welfare Departments (CWDs) that the Notice of Action, DFA 377.1, has been divided into two forms: the Notice of Approval, DFA 377.1(1/88), and the Notice of Denial or Pending Status, DFA 377.1A(1/88). Splitting the DFA 377.1 into separate forms allows for preprinting mandated messages that the CWDs have been instructed to manually insert onto the form and eliminates the crowded appearance of the form. Additionally, this letter transmits advance copies of the two forms and provides the CWDs with form-related information and revised form instructions for the eligibility worker for both forms.

The DFA 377.1(1/88) and DFA 377.1A(1/88) were revised by the State Department of Social Services (SDSS) in conjunction with the CWDA Forms Subcommittee.

Changes Common to Both Forms

- Some of the AFDC (Turner) Notice of Action format principles have been incorporated.
- Language on the forms has been simplified.
- Recent mandated messages that the CWDs have been instructed to manually insert onto the forms have been included on the appropriate forms.
- Information on the forms has been reorganized.
- A comments section has been added.

Changes Specific to the DFA 377.1 (Notice of Approval)

- The approval check box has been eliminated.
- The narrative for the benefit amount section has been simplified.

- Three of the six specified months in the benefit amount section have been eliminated.

- The benefit amount section has been revised to add the number of approved household members for each of the specified benefit months.

- The narrative beginning "IF YOU ALSO APPLIED FOR CASH AID..." has been moved to the section following the benefit amount section.

- The mandated approval statement for categorically eligible households has been added.

- The narratives explaining why first month's benefits are different than other months have been simplified.

- The statement "Your benefits are zero ($0) because:" has been added. A check box and narrative have been included for categorically eligible households with excess income. The narrative for first month's suspension of benefits has been relocated to this section.

- The narrative reminding households with zero benefits to submit a completed CA 7 has been simplified and expanded to specify the need for dependent care and medical and shelter costs as appropriate.

- The narrative reminding expedited services households to submit information that has been postponed has been simplified.

Changes Specific to the DFA 377.1A (Notice of Denial or Pending Status)

- The denial section has been relocated above the pending status section.

- The narrative for the line beginning "If you do not take the required action by..." has been simplified.

- The mandated denial statement relating to potential categorically eligible households whose AFDC application is still pending has been added.

- Narrative and check boxes were added for households whose application or request for retroactive food stamp benefits is denied. Space is provided after the first narrative to provide for a reason for the denial. However, one common reason for the denial is preprinted: an application for retroactive benefits was made in the incorrect county.

- The narrative for all three sentences in the pending status section has been simplified.

Implementation

The DFA 377.1(1/88) and the DFA 377.1A(1/88) shall be implemented as soon as administratively possible but no later than May 1, 1988. CWDs may use the camera ready copies of all language versions of the form for local reproduction of the forms or may order state reproduced stock of the English and Spanish versions.

Ordering of State Reproduced Stock

Orders for the DFA 377.1(1/88) and the DFA 377.1A(1/88) should be submitted to the Department of Social Services Warehouse on the GEN 727B, County Forms Order, according to normal procedures. The Warehouse has requested that because of printing delays the CWDs not request stock until receipt of the respective GEN 127, Notice of Form Change. The English language versions are not expected to be received in the SDSS warehouse prior to the first week in March; the Spanish versions are not expected until the end of April.

Also, this is to notify the CWDs that although the warehouse has sufficient stock of the DFA 377.1(12/83)SP, stock of the DFA 377.1(12/83) is nearly exhausted.

Forms Instructions

- Effective with the implementation of the two forms, the attached forms instructions replace the instructions in the Food Stamp Handbook, Section 63-1250, DFA 377.1(12/83).

- Vertical lines identify changes or additions to the forms instructions.

If you have any questions regarding this letter, please contact Elizabeth Allred, AFDC and Food Stamp Policy Implementation Bureau at (916) 323-4954 or ATSS at (8) 473-4954.

ROBERT A. HOREL
Deputy Director

Attachments

cc: CWDA

NOTICE OF APPROVAL

COUNTY OF

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND WELFARE AGENCY
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Notice Date _____
Case Name _____
Number _____
Worker Name _____
Number _____
Telephone _____
Address _____

(ADDRESSEE)

Questions? Ask your Worker.

State Hearing: If you think this action is wrong, you can ask for a hearing. The back of this page tells how. Your benefits may not be changed if you ask for a hearing before this action takes place.

Your application for Food Stamps has been approved. Your certification covers the period from _____ through _____.

We used the facts you gave us to figure your benefits. If nothing changes you will get:

$ _____ for _____ for _____ people.
$ _____ for _____ for _____ people.
$ _____ for _____ for _____ people.

IF YOU ALSO APPLIED FOR CASH AID, and it has not yet been approved, your Food Stamp benefits may be lowered or stopped without another notice if your cash aid is approved.

☐ Your Food Stamp eligibility starts the same day as your cash aid.
☐ Your first month's benefits include more than one month's benefits because of the date your application was approved.
☐ Your first month's benefits were prorated from the date you filed your application.

Your benefits are zero ($0) because:

☐ Your household's income is too high right now. Your benefits may go up if things change.
☐ Your household's benefits for _____ have been suspended because:

You still must fill out and send in your complete monthly report (CA 7) or your Food Stamp certification will stop, even though your benefits are zero. Remember to report dependent care costs each month and shelter and medical costs each month they change.

☐ **BECAUSE YOU NEEDED FOOD STAMPS RIGHT AWAY**, we did not require you to give us the following verification:

You must give us this verification before _____ or your Food Stamp eligibility will stop. You will not get another notice. If the verification you send changes your eligibility or benefits, we will make the change. You will not get an advance notice before we take this action.

Comments

Rules: These rules apply. You may review them at your welfare office:

YOUR HEARING RIGHTS

To Ask For a State Hearing

The right side of this sheet tells how.

- You only have 90 days to ask for a hearing.
- The 90 days started the day after we mailed this notice.
- You have a much shorter time to ask for a hearing if you want to keep your same benefits.

To Keep Your Same Benefits While You Wait For a Hearing

You must ask for a hearing before the action takes place.

- Your Cash Aid will stay the same until your hearing.
- Your Medi-Cal will stay the same until your hearing.
- Your Food Stamps will stay the same until the hearing or the end of your certification period, whichever is earlier.
- If the hearing decision says we are right, you will owe us for any extra cash aid or food stamps you got.

To Have Your Benefits Cut Now

If you want your Cash Aid or Food Stamps cut while you wait for a hearing, check one or both boxes.

☐ Cash Aid ☐ Food Stamps

To Get Help

You can ask about your hearing rights or free legal aid at the state information number.

Call toll free:	1-800-952-5253
If you are deaf and use TDD call:	1-800-952-8349

If you don't want to come to the hearing alone, you can bring a friend, an attorney or anyone else. You must get the other person yourself.

You may get free legal help at your local legal aid office or welfare rights group.

Other Information

Child Support: The District Attorney's office will help you collect child support even if you are not on cash aid. There is no cost for this help. If they now collect child support for you, they will keep doing so unless you tell them in writing to stop. They will send you any current support money collected. They will keep past due money collected that is owed to the county.

Family Planning: Your welfare office will give you information when you ask.

Hearing File: If you ask for a hearing, the State Hearing Office will set up a file. You have the right to see this file. The State may give your file to the Welfare Department, the U.S. Department of Health and Human Services and the U.S. Department of Agriculture. (W. & I. Code Section 10950)

NA BACK 6

HOW TO ASK FOR A STATE HEARING

The best way to ask for a hearing is to fill out this page and send or take it to:

You may also call 1-800-952-5253.

HEARING REQUEST

I want a hearing because of an action by the Welfare Department of _____ County about my:

☐ Cash Aid ☐ Food Stamps ☐ Medi-Cal

☐ Other (list) _____

Here's why: _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

I will bring this person to the hearing to help me (name and address, if known):

_____

_____

_____

I need an interpreter at no cost to me. My language or dialect is: _____

My name: _____

Address: _____

_____

Phone: _____

My signature _____

Date: _____

CONDADO DE

ESTADO DE CALIFORNIA
AGENCIA DE SALUD Y BIENESTAR
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES

NOTIFICACIÓN DE APROBACIÓN

Fecha de la Notificación : _____
Nombre del Caso : _____
Número : _____
Nombre del Trabajador(a): _____
Número : _____
Teléfono : _____
Dirección : _____

(DESTINATARIO)

¿Tiene Preguntas? Comuníquese con su Trabajador(a).

Audiencia con el estado: Si usted cree que esta acción está equivocada, puede solicitar una audiencia. En el reverso de esta hoja se le explica cómo hacerlo. Es posible que sus beneficios no cambien si usted solicita una audiencia antes que esta acción entre en vigor.

Su solicitud para Estampillas para Comida ha sido aprobada. Su certificación cubre el período de _____ a _____.

Al calcular sus beneficios, usamos los datos que usted nos dió. Si nada cambia, usted recibirá:

$ _____ para _____ para _____ personas.
$ _____ para _____ para _____ personas.
$ _____ para _____ para _____ personas.

SI TAMBIÉN SOLICITÓ ASISTENCIA MONETARIA, y aún no ha sido aprobada, es posible que sus beneficios de Estampillas para Comida sean reducidos o paren sin darle otro aviso, si se aprueba su asistencia monetaria.

☐ Su elegibilidad para Estampillas para Comida comienza el mismo día que su asistencia monetaria.
☐ Sus beneficios para el primer mes incluyen más beneficios que los correspondientes a un mes a causa de la fecha en que se aprobó su solicitud.
☐ Sus beneficios correspondientes al primer mes fueron prorrateados a partir de la fecha de su solicitud.

Sus beneficios son cero ($0) porque:

☐ En la actualidad, los ingresos de su hogar son muy altos. Si algo cambia, es posible que sus beneficios sean aumentados.
☐ Los beneficios de su hogar para _____ han sido suspendidos porque:

Usted todavía tiene que llenar y enviar su reporte mensual (CA 7) completo o de lo contrario parará su certificación para Estampillas para Comida, aun cuando sus beneficios sean cero. Recuerde reportar el costo del cuidado de personas a su cargo y los costos de vivienda y médicos cada mes en que cambien.

☐ **YA QUE USTED NECESITABA ESTAMPILLAS PARA COMIDA INMEDIATAMENTE,** no le requerimos que nos diera la siguiente verificación:

Debe darnos esta verificación antes de _____ o de lo contrario dejará de ser elegible para Estampillas para Comida. No recibirá otra notificación. Si la verificación que usted nos envíe cambia su elegibilidad o beneficios, nosotros haremos el cambio. No recibirá una notificación previa antes de que ejercitemos esta acción.

Comentarios

Reglamentos: Estos ordenamientos aplican. Puede consultarlos en su oficina de bienestar:

SUS DERECHOS A UNA AUDIENCIA

Para pedir una audiencia con el estado

El lado derecho de esta página le indica cómo hacerlo.

- Usted tiene solamente 90 días para solicitar una audiencia.
- Los 90 días comenzaron un día después de la fecha en que le enviamos esta notificación.
- Tiene menos tiempo para pedir una audiencia si desea seguir recibiendo los mismos beneficios.

Para conservar sus mismos beneficios mientras espera una audiencia

Debe solicitar una audiencia antes que la acción entre en vigor

- Su asistencia monetaria permanecerá sin cambios hasta que se lleve a cabo su audiencia.
- Su Medi-Cal permanecerá sin cambios hasta que se lleve a cabo su audiencia.
- Sus estampillas para comida permanecerán sin cambios hasta que se lleve a cabo la audiencia o hasta el fin de su período de certificación; lo que ocurra primero.
- Si la decisión de la audiencia indica que estamos en lo correcto, usted nos deberá cualesquier dinero o estampillas para comida que haya recibido.

Para que se descontinúen ahora sus beneficios

Si usted desea que se descontinúen su asistencia monetaria o sus estampillas para comida mientras espera una audiencia, marque uno de los casilleros

☐ Asistencia monetaria ☐ Estampillas para comida

Para que le asistan

Puede obtener información acerca de sus derechos a una audiencia o asesoría legal gratuita llamando al teléfono de información del estado.

Número gratuito	1-800-952-5253
Si es sordo y usa TDD:	1-800-952-8349

Si no desea venir a la audiencia solo, puede traer un amigo, un abogado o cualquier otra persona, pero usted debe hacer los arreglos para traer a esa otra persona.

Es posible que pueda obtener ayuda legal gratuita en su oficina local de asesoramiento legal (legal aid) o de su grupo de derechos de recipientes de asistencia pública.

Otra información

Sostenimiento a hijos: La oficina del Fiscal del Distrito le ayudará a cobrar sostenimiento a hijos aun cuando no esté recibiendo asistencia monetaria. Esta asistencia es gratuita. Si en la actualidad están cobrando sostenimiento a hijos a su nombre, ellos continuarán haciéndolo hasta que usted les dé aviso por escrito indicándoles que paren. Le enviarán a usted cualesquier cantidades de sostenimiento que cobren. Se quedarán con las cantidades vencidas cobradas que se le deban al condado.

Planificación familiar: Su oficina de bienestar le proporcionará información cuando usted la solicite.

Expediente de la audiencia: Si usted solicita una audiencia, la oficina de audiencias con el estado formará un expediente. Usted tiene el derecho de examinar este expediente. El Estado puede dar su expediente al departamento de bienestar, al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos y al Departamento de Agricultura de los Estados Unidos. (Sección 10950 del Código de Bienestar e Instituciones)

CÓMO PEDIR UNA AUDIENCIA CON EL ESTADO

La mejor manera de solicitar una audiencia es llenar esta página y enviarla a:

También puede llamar al 1-800-952-5253.

PETICIÓN PARA UNA AUDIENCIA

Deseo solicitar una audiencia a causa de una acción ejercitada por el Departamento de Bienestar del Condado de _____ acerca de mi:

☐ Asistencia monetaria ☐ Estampillas para Comida

☐ Medi-Cal

☐ Otro (anote) _____

La razón es la siguiente: _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

La siguiente persona vendrá conmigo a la audiencia a ayudarme (nombre y dirección si los sabe):

_____

_____

_____

Necesito un intérprete sin costo para mí.

Mi idioma es el: _____

Mi nombre: _____

Dirección: _____

_____

Teléfono: _____

Mi firma: _____

Fecha: _____

COUNTY OF

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND WELFARE AGENCY
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

NOTICE OF DENIAL OR PENDING STATUS

Notice Date : _____
Case Name : _____
Number : _____
Worker Name : _____
Number : _____
Telephone : _____
Address : _____

(ADDRESSEE)

Questions? Ask your Worker.

State Hearing: If you think this action is wrong, you can ask for a hearing. The back of this page tells how. Your benefits may not be changed if you ask for a hearing before this action takes place.

☐ Your household's application for Food Stamps has been **denied** because:

☐ If you do the following by _____, your application will be reopened:

If you don't do this by this date you will have to reapply if you want to get food stamps.

☐ Your household cannot get food stamps until _____ because of the reason your application was denied. You may reapply then.

☐ If you get AFDC, you may be able to get food stamps. If you do not get a Food Stamp notice within 15 days after your AFDC is approved, contact your AFDC worker about food stamps.

☐ Your application/request for back Food Stamp benefits dated _____ was denied because:

☐ Your application/request for back Food Stamp benefits dated _____ was denied because it was filed in the wrong county. You must ask for those benefits from the county where you were denied or received benefits.

☐ Your application for Food Stamps is **pending**.

☐ You have done what you need to do. We are still working on your case and you will hear from us soon.
☐ You must do the following before _____ or your application will be denied without another notice and you will have to reapply if you want to get food stamps:

Comments

Rules: These rules apply. You may review them at your welfare office:

YOUR HEARING RIGHTS

To Ask For a State Hearing

The right side of this sheet tells how.

- You only have 90 days to ask for a hearing.
- The 90 days started the day after we mailed this notice.
- You have a much shorter time to ask for a hearing if you want to keep your same benefits.

To Keep Your Same Benefits While You Wait For a Hearing

You must ask for a hearing before the action takes place.

- Your Cash Aid will stay the same until your hearing.
- Your Medi-Cal will stay the same until your hearing.
- Your Food Stamps will stay the same until the hearing or the end of your certification period, whichever is earlier.
- If the hearing decision says we are right, you will owe us for any extra cash aid or food stamps you got.

To Have Your Benefits Cut Now

If you want your Cash Aid or Food Stamps cut while you wait for a hearing, check one or both boxes.

☐ Cash Aid ☐ Food Stamps

To Get Help

You can ask about your hearing rights or free legal aid at the state information number.

Call toll free:	1-800-952-5253
If you are deaf and use TDD call:	1-800-952-8349

If you don't want to come to the hearing alone, you can bring a friend, an attorney or anyone else. You must get the other person yourself.

You may get free legal help at your local legal aid office or welfare rights group.

Other Information

Child Support: The District Attorney's office will help you collect child support even if you are not on cash aid. There is no cost for this help. If they now collect child support for you, they will keep doing so unless you tell them in writing to stop. They will send you any current support money collected. They will keep past due money collected that is owed to the county.

Family Planning: Your welfare office will give you information when you ask.

Hearing File: If you ask for a hearing, the State Hearing Office will set up a file. You have the right to see this file. The State may give your file to the Welfare Department, the U.S. Department of Health and Human Services and the U.S. Department of Agriculture. (W. & I. Code Section 10950)

HOW TO ASK FOR A STATE HEARING

The best way to ask for a hearing is to fill out this page and send or take it to:

You may also call 1-800-952-5253.

HEARING REQUEST

I want a hearing because of an action by the Welfare Department of _____ County about my:

☐ Cash Aid ☐ Food Stamps ☐ Medi-Cal

☐ Other (list) _____

Here's why: _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

I will bring this person to the hearing to help me (name and address, if known):

_____

_____

_____

I need an interpreter at no cost to me. My language or dialect is: _____

My name: _____

Address: _____

_____

Phone: _____

My signature _____

Date: _____

CONDADO DE

ESTADO DE CALIFORNIA
AGENCIA DE SALUD Y BIENESTAR
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES

NOTIFICACIÓN DE NEGACIÓN O DE SITUACIÓN PENDIENTE

Fecha de la Notificación
Nombre del Caso
Número :
Nombre del Trabajador(a)
Número
Teléfono :
Dirección :

(DESTINATARIO)

¿Tiene Preguntas? Comuníquese con su Trabajador(a).

Audiencia con el estado: Si usted cree que esta acción está equivocada, puede solicitar una audiencia. En el reverso de esta hoja se le explica cómo hacerlo. Es posible que sus beneficios no cambien si usted solicita una audiencia antes que esta acción entre en vigor.

☐ La solicitud para estampillas para comida de su hogar ha sido **negada** porque:

☐ Si antes del _____ usted cumple con lo siguiente, volveremos a activar su solicitud:

Si usted no cumple con esto a más tardar en esta fecha, tendrá que volver a presentar otra solicitud si desea recibir estampillas para comida.

☐ El hogar de usted no puede recibir estampillas para comida hasta _____, a causa de la razón por la cual negaron su solicitud. Puede presentar otra solicitud después de esa fecha.

☐ Si usted recibe AFDC, es posible que reciba estampillas para comida. Si no recibe una notificación sobre las estampillas para comida en un plazo de 15 días después que se apruebe su AFDC, póngase en contacto con su trabajador(a) sobre las mismas.

☐ Su solicitud/petición para beneficios de estampillas para comida retroactivos ha sido negada con fecha _____ porque:

☐ Su solicitud/petición para beneficios de estampillas para comida retroactivos ha sido negada con fecha _____ porque la presentó en el condado equivocado. Debe solicitar esos beneficios del condado donde le negaron o de donde recibía beneficios.

☐ Su solicitud para estampillas para comida está **pendiente**.

☐ Usted ha cumplido con lo que se le pidió. Todavía estamos trabajando en su caso y recibirá noticias nuestras.

☐ Antes del _____, debe cumplir con lo siguiente o de lo contrario se negará su solicitud sin darle otra notificación y tendrá que volver a solicitar las estampillas para comida si desea recibirlas:

Comentarios

Ordenamientos: Estas reglas aplican. Puede consultarlas en su oficina de bienestar:

SUS DERECHOS A UNA AUDIENCIA

Para pedir una audiencia con el estado

El lado derecho de esta página le indica cómo hacerlo.

- Usted tiene solamente 90 días para solicitar una audiencia.
- Los 90 días comenzaron un día después de la fecha en que le enviamos esta notificación.
- Tiene menos tiempo para pedir una audiencia si desea seguir recibiendo los mismos beneficios.

Para conservar sus mismos beneficios mientras espera una audiencia

Debe solicitar una audiencia antes que la acción entre en vigor

- Su asistencia monetaria permanecerá sin cambios hasta que se lleve a cabo su audiencia.
- Su Medi-Cal permanecerá sin cambios hasta que se lleve a cabo su audiencia.
- Sus estampillas para comida permanecerán sin cambios hasta que se lleve a cabo la audiencia o hasta el fin de su período de certificación; lo que ocurra primero.
- Si la decisión de la audiencia indica que estamos en lo correcto, usted nos deberá cualesquier dinero o estampillas para comida que haya recibido.

Para que se descontinúen ahora sus beneficios

Si usted desea que se descontinúen su asistencia monetaria o sus estampillas para comida mientras espera una audiencia, marque uno de los casilleros

☐ Asistencia monetaria ☐ Estampillas para comida

Para que le asistan

Puede obtener información acerca de sus derechos a una audiencia o asesoría legal gratuita llamando al teléfono de información del estado.

Número gratuito	1-800-952-5253
Si es sordo y usa TDD:	1-800-952-8349

Si no desea venir a la audiencia solo, puede traer un amigo, un abogado o cualquier otra persona, pero usted debe hacer los arreglos para traer a esa otra persona.

Es posible que pueda obtener ayuda legal gratuita en su oficina local de asesoramiento legal (legal aid) o de su grupo de derechos de recipientes de asistencia pública.

Otra información

Sostenimiento a hijos: La oficina del Fiscal del Distrito le ayudará a cobrar sostenimiento a hijos aun cuando no esté recibiendo asistencia monetaria. Esta asistencia es gratuita. Si en la actualidad están cobrando sostenimiento a hijos a su nombre, ellos continuarán haciéndolo hasta que usted les dé aviso por escrito indicándoles que paren. Le enviarán a usted cualesquier cantidades de sostenimiento que cobren. Se quedarán con las cantidades vencidas cobradas que se le deban al condado.

Planificación familiar: Su oficina de bienestar le proporcionará información cuando usted la solicite.

Expediente de la audiencia: Si usted solicita una audiencia, la oficina de audiencias con el estado formará un expediente. Usted tiene el derecho de examinar este expediente. El Estado puede dar su expediente al departamento de bienestar, al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos y al Departamento de Agricultura de los Estados Unidos. (Sección 10950 del Código de Bienestar e Instituciones)

CÓMO PEDIR UNA AUDIENCIA CON EL ESTADO

La mejor manera de solicitar una audiencia es llenar esta página y enviarla a:

También puede llamar al 1-800-952-5253.

PETICIÓN PARA UNA AUDIENCIA

Deseo solicitar una audiencia a causa de una acción ejercitada por el Departamento de Bienestar del Condado de _____ acerca de mi:

☐ Asistencia monetaria ☐ Estampillas para Comida

☐ Medi-Cal

☐ Otro (anote) _____

La razón es la siguiente: _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

La siguiente persona vendrá conmigo a la audiencia a ayudarme (nombre y dirección si los sabe):

_____

_____

_____

Necesito un intérprete sin costo para mí.

Mi idioma es el: _____

Mi nombre: _____

Dirección: _____

_____

Teléfono: _____

Mi firma: _____

Fecha: _____

THÔNG BÁO VỀ VIỆC ĐƠN XIN ĐƯỢC CHẤP THUẬN

TY XÃ HỘI QUẬN

Tiểu Bang California
Bộ Y Tế Và An Sinh
Nha Xã Hội

Thông Báo Đề Ngày : _____
Hồ Sơ Của : _____
Hồ Sơ Số : _____
Tên Người Thẩm Định Viên: _____
Số : _____
Điện Thoại : _____
Địa Chỉ : _____

(Addressee)

Xin liên lạc với người Thẩm Định Viên của ông/bà nếu có thắc mắc.

Buổi Điều Giải: Nếu ông/bà nghĩ rằng biện pháp này không đúng, ông/bà có thể yêu cầu một buổi điều giải. Mặt sau của trang này nói về cách yêu cầu buổi điều giải. Nếu ông/bà yêu cầu buổi điều giải trước ngày biện pháp này được áp dụng, thì trợ cấp của ông/bà có thể vẫn được tiếp tục như trước.

Đơn xin Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm của ông/bà đã được chấp thuận. Thời hạn hội đủ điều kiện của ông/bà được tính kể từ _____ đến _____.

Chúng tôi đã dùng các chi tiết mà ông/bà đã cung cấp cho chúng tôi để chiết tính trợ cấp của ông/bà. Nếu không có điều gì thay đổi, ông/bà sẽ được:

$ _____ cho _____ cho _____ người.
$ _____ cho _____ cho _____ người.
$ _____ cho _____ cho _____ người.

NẾU ÔNG/BÀ CŨNG ĐÃ NỘP ĐƠN XIN TRỢ CẤP TIỀN MẶT, và đơn này chưa được chấp thuận thì Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm của ông/bà có thể bị giảm hoặc bị ngưng mà không cần một thông báo riêng nếu trợ cấp tiền mặt của ông/bà được chấp thuận.

☐ Ngày ông/bà hội đủ điều kiện nhận Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm bắt đầu cùng với ngày ông/bà hội đủ điều kiện nhận trợ cấp tiền mặt.

☐ Số lượng trợ cấp đầu tiên của ông/bà gồm hơn một tháng trợ cấp vì số lượng này được tính theo ngày mà đơn xin của ông/bà đã được chấp thuận.

☐ Trợ cấp cho tháng đầu tiên của ông/bà đã được tính kể từ ngày ông/bà nộp đơn.

Số lượng trợ cấp của ông/bà là số không (0 đôla) vì:

☐ Lợi tức của gia đình ông/bà hiện quá cao. Số lượng trợ cấp của ông/bà có thể tăng lên nếu có những sự thay đổi.

☐ Trợ cấp của gia đình ông/bà cho _____ đang bị đình hoãn vì:

Mặc dù số lượng trợ cấp của ông/bà là số không, ông/bà vẫn phải điền đầy đủ và gởi bản báo cáo hàng tháng (CA 7) của ông/bà, nếu không, chứng nhận hội đủ điều kiện của ông/bà sẽ bị chấm dứt. Xin nhớ báo cáo các chi phí chăm sóc người trong nhà mỗi tháng và các chi phí nhà cửa và y tế mỗi tháng nếu có thay đổi.

☐ **VÌ ÔNG/BÀ CẦN TRỢ CẤP PHIẾU THỰC PHẨM CẤP THỜI,** nên chúng tôi đã không bắt buộc ông/bà phải cung cấp giấy chứng nhận sau đây:

Ông/Bà phải gởi cho chúng tôi giấy chứng nhận này trước ngày _____ nếu không, sự hội đủ điều kiện để nhận trợ cấp Phiếu Thực Phẩm của ông/bà sẽ chấm dứt. Ông/Bà sẽ không được một thông báo nào khác. Nếu giấy chứng nhận ông/bà gởi làm thay đổi sự hội đủ điều kiện hoặc trợ cấp của ông/bà, chúng tôi sẽ thực hiện sự thay đổi này. Ông/Bà sẽ không được thông báo trước khi chúng tôi thực hiện biện pháp này.

Chú Thích

Các Điều Lệ Áp Dụng: Ông/Bà có thể kiểm xét lại các điều lệ này tại Ty Xã Hội:

QUYỀN KHÁNG QUYẾT

Để Yêu Cầu Buổi Điều Giải

Bên phải của mẫu đơn này nói về việc yêu cầu buổi điều giải.

- Ông/Bà chỉ có 90 ngày để yêu cầu buổi điều giải.
- 90 ngày bắt đầu kể từ ngày sau khi thông báo này được gởi đi.
- Thời hạn để yêu cầu buổi điều giải ngắn hơn thời hạn nói trên rất nhiều nếu ông/bà muốn được trợ cấp như cũ.

Để Được Trợ Cấp Như Cũ Trong Khi Chờ Đợi Ngày Ra Buổi Điều Giải

Ông/Bà phải yêu cầu buổi điều giải trước khi biện pháp được áp dụng

- Ông/Bà sẽ được Trợ Cấp Tiền Mặt như cũ cho đến ngày ra buổi điều giải.
- Ông/Bà sẽ được Trợ Cấp Phiếu Y Tế như cũ cho đến ngày ra buổi điều giải.
- Ông/Bà sẽ được Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm như cũ cho đến ngày ra buổi điều giải hoặc cho đến khi thời hạn hội đủ điều kiện nhận trợ cấp chấm dứt, tuy theo điều nào xảy ra trước.
- Nếu quyết định buổi điều giải xử phần thắng về phía Ty Xã Hội thì ông/bà sẽ còn thiếu Ty khoản trợ cấp tiền mặt hoặc phiếu thực phẩm mà ông/bà đã nhận trong khi chờ đợi ngày ra buổi điều giải.

Để Ngưng Trợ Cấp Của Ông/Bà Bây Giờ

Nếu ông/bà muốn Trợ Cấp Tiền Mặt hoặc Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm của mình bị ngưng trong khi chờ đợi ngày ra buổi điều giải, xin đánh dấu vào một hoặc cả hai ô.

☐ Trợ Cấp Tiền Mặt ☐ Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm

Để Được Giúp Đỡ

Ông/Bà có thể hỏi về quyền kháng quyết của mình hoặc về vấn đề liên quan đến pháp luật miễn phí tại số điện thoại của Nha Xã Hội.

Số điện thoại miễn phí: 1-800-952-5253
Số điện thoại dành riêng cho người điếc TDD: 1-800-952-8349

Nếu không muốn đến buổi điều giải một mình, ông/bà có thể mang một người bạn, một luật sư, hoặc bất cứ người nào đến buổi điều giải với mình. Tuy nhiên, ông/bà phải tự dàn xếp lấy.

Ông/Bà có thể được giúp đỡ miễn phí về vấn đề luật pháp tại văn phòng cố vấn pháp luật hoặc văn phòng tranh đấu cho quyền lợi người nhận trợ cấp xã hội (welfare rights group) địa phương.

Các Chi Tiết Khác

Tiền Cấp Dưỡng Cho Con: Văn Phòng Biện Lý Cuộc sẽ giúp ông/bà thâu tiền cấp dưỡng cho con cho dù ông/bà không nhận trợ cấp tiền mặt. Dịch vụ này miễn phí. Nếu Văn Phòng Biện Lý Cuộc hiện đang thâu tiền cấp dưỡng con cho ông/bà, họ sẽ tiếp tục làm điều này cho đến khi nào ông/bà viết thư yêu cầu họ ngưng. Họ sẽ gởi đến ông/bà những khoản tiền cấp dưỡng hiện đang được thâu. Những khoản tiền cấp dưỡng mà người cha/mẹ còn thiếu Ty Xã Hội sẽ được họ giữ lại.

Dịch Vụ Kế Hoạch Gia Đình: Nếu yêu cầu, Ty Xã Hội sẽ cung cấp các chi tiết về dịch vụ kế hoạch gia đình.

Hồ Sơ Khiếu Nại: Nếu ông/bà yêu cầu buổi điều giải, Văn Phòng Lo Về Vấn Đề Khiếu Nại sẽ lập một hồ sơ. Ông/Bà có quyền xem hồ sơ đã nói. Nha Xã Hội có thể gởi hồ sơ của ông/bà đến Ty Xã Hội, Bộ Y Tế và Nhân Vụ hoặc Bộ Nông Nghiệp của Chính Quyền Liên Bang. (Theo Bộ Luật W. & I. Điều 10950).

CÁCH THỨC YÊU CẦU BUỔI ĐIỀU GIẢI

Cách tốt nhất để yêu cầu buổi điều giải là điền vào trang này và gởi, hoặc đem đến:

Ông/Bà cũng có thể gọi điện thoại số 1-800-952-5253

ĐƠN YÊU CẦU BUỔI ĐIỀU GIẢI

Tôi yêu cầu một buổi điều giải vì biện pháp áp dụng của Ty Xã Hội Quận _____ ảnh hưởng đến trợ cấp sau đây của tôi:

☐ Tiền Mặt ☐ Phiếu Thực Phẩm ☐ Phiếu Y Tế

☐ Các trợ cấp khác (kể ra) _____

Lý do: _____

Người có tên sau đây sẽ đến buổi điều giải để giúp tôi (tên và địa chỉ nếu biết):

Yêu cầu Nha Xã Hội giúp tôi người thông dịch viên miễn phí. Tôi nói tiếng: _____

Tên của tôi: _____

Địa chỉ: _____

Điện thoại: _____

Chữ ký của tôi _____

Ngày: _____

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]	:
[illegible]	:
[illegible]	:
[illegible]	:
[illegible]	:
[illegible]	:
[illegible]	:

([illegible])

[illegible]? [illegible].

[illegible]

[illegible] ______ [illegible]

[illegible]

$ ______ [illegible] ______ [illegible] ______ [illegible]

$ ______ [illegible] ______ [illegible] ______ [illegible]

$ ______ [illegible] ______ [illegible] ______ [illegible]

[illegible] [illegible]

- ☐ [illegible]
- ☐ [illegible]
- ☐ [illegible]

[illegible] ($0) [illegible]:

- ☐ [illegible]
- ☐ [illegible] ______ [illegible]:

[illegible] (CA 7) [illegible]

☐ **[illegible]** [illegible]:

[illegible] ______ [illegible]

[illegible]

[illegible]: [illegible]:

សិទ្ធិនៃសេចក្តីបំភ្លឺរបស់លោកអ្នក

ការសុំនូវសេចក្តីបំភ្លឺរបស់រដ្ឋ

ដំណើរការនៃការស្នើសុំនេះប្រព្រឹត្តទៅដូចតទៅ ។

- លោកអ្នកមានពេល ៩០ថ្ងៃ ក្នុងការសុំនូវសេចក្តីបំភ្លឺ ។
- ចំនួន ៩០ថ្ងៃ ចាប់ផ្តើមនៅពេលមួយថ្ងៃក្រោយ ពីថ្ងៃដែលមានចុះនៅលើសេចក្តីប្រកាសនេះ ។
- បើសិនលោកអ្នកចង់ក្លាយទៅជាអ្នកតំណាងរបស់លោកអ្នក លោកអ្នកអាចនឹងសុំនូវសេចក្តីបំភ្លឺ ។

ការបន្តនូវការទទួលជំនួយដដែលខណៈពេលដែលលោកអ្នករង់ចាំនូវសេចក្តីបំភ្លឺ

លោកអ្នកត្រូវតែស្នើសុំនូវសេចក្តីបំភ្លឺ មុនពេលសេចក្តីសំរេចមានអនុវត្ត ។

- ប្រាក់ជំនួយរបស់លោកអ្នកនឹងនៅដដែលរហូតដល់ការធ្វើសេចក្តីបំភ្លឺរបស់លោកអ្នក ។
- សេវាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់លោកអ្នកនឹងនៅដដែលរហូតដល់ការធ្វើសេចក្តីបំភ្លឺរបស់លោកអ្នក ។
- ប័ណ្ណទិញម្ហូបរបស់លោកអ្នកនឹងនៅដដែលរហូតដល់ការធ្វើសេចក្តីបំភ្លឺ ឬរហូតដល់ពេលចប់នៃរយៈពេលនៃការទទួលប័ណ្ណទិញម្ហូបរបស់លោកអ្នក ដែលកំណត់ដោយការិយាល័យ ។
- បើសិនការសំរេចនៃសេចក្តីបំភ្លឺមិនមានលើលោកអ្នកទេ លោកអ្នកនឹងត្រូវសងនូវប្រាក់ជំនួយ ឬប័ណ្ណទិញម្ហូប ដែលលោកអ្នកបានទទួលពេលដែលរង់ចាំនូវសេចក្តីបំភ្លឺ ។

បញ្ឈប់ជំនួយរបស់លោកអ្នកពេលរង់ចាំសេចក្តីបំភ្លឺ

បើលោកអ្នកចង់ឲ្យប្រាក់ជំនួយ ឬប័ណ្ណទិញម្ហូបរបស់លោកអ្នក កាត់ពេលលោកអ្នករង់ចាំនូវសេចក្តីបំភ្លឺ សូមគូសប្រអប់ខាងក្រោមនេះ ។

☐ ប្រាក់ជំនួយ ☐ ប័ណ្ណទិញម្ហូប

ការជួយ

លោកអ្នកអាចសួរអំពីសិទ្ធិនៃសេចក្តីបំភ្លឺរបស់លោកអ្នក ឬការជួយតាមច្បាប់ដោយមិនបាច់បង់ប្រាក់ តាមលេខទូរស័ព្ទឥតគិតថ្លៃរបស់រដ្ឋ ៖

ទូរស័ព្ទឥតបង់ប្រាក់លេខ 1-800-952-5253

បើលោកអ្នកថ្លង់ ហើយប្រើ TDD សូមទូរស័ព្ទ 1-800-952-8349

បើលោកអ្នកមិនចង់មកធ្វើសេចក្តីបំភ្លឺតែឯង លោកអ្នកអាចនាំមិត្តភក្តិ មេធាវី ឬអ្នកណាម្នាក់ទៀត ។ លោកអ្នកត្រូវតែរកអ្នកទាំងនោះដោយខ្លួនឯង ។

លោកអ្នកអាចទទួលនូវការជួយដោយឥតបង់ប្រាក់ ការច្បាប់នៅឯការិយាល័យជំនួយផ្នែកច្បាប់ ឬក្រុមជួយសិទ្ធិអ្នកទទួលវិភាគទាន ។

ព័ត៌មានផ្សេងទៀត

ការជួយថែទាំកូន និងការធ្វើដំណើរ ៖ ការិយាល័យរបស់ខោនធីប្រចាំតំបន់នឹងជួយលោកអ្នកក្នុងការចំណាយប្រាក់ជួយថ្លៃថែទាំកូន និងការធ្វើដំណើរ ។ ការជួយនេះមិនមានគិតថ្លៃទេ ។ សូមប្រាប់ការិយាល័យមុនពេលធ្វើសេចក្តីបំភ្លឺ ។ ...

កំណត់ហេតុការប្រាក់ ៖ ការិយាល័យខោនធីរបស់លោកអ្នក និងផ្តល់ព័ត៌មានជូនដល់លោកអ្នកនៅពេលលោកអ្នកស្នើសុំ ។

ការសុំបើកឡើងវិញនូវសេចក្តីបំភ្លឺ ៖ បើលោកអ្នកស្នើសុំសេចក្តីបំភ្លឺ ការិយាល័យសេចក្តីបំភ្លឺរបស់រដ្ឋ នឹងរៀបចំនូវកំណត់ហេតុ ។ លោកអ្នកមានសិទ្ធិធ្វើការបើកកំណត់ហេតុនេះ ។ ... (ច្បាប់ស្តីពីព័ត៌មាន លេខ 10950) ។

របៀបស្នើសុំសេចក្តីបំភ្លឺរបស់រដ្ឋ

ដើម្បីស្នើសុំនូវសេចក្តីបំភ្លឺ គឺការបំពេញទំព័រនេះ ហើយផ្ញើមកវិញទៅឲ្យ !

លោកអ្នកអាចទូរស័ព្ទលេខ 1-800-952-5253

សំណូមពរសុំការធ្វើសេចក្តីបំភ្លឺ

ខ្ញុំចង់បាននូវសេចក្តីបំភ្លឺមួយ ពីព្រោះសេចក្តីសំរេចដោយការិយាល័យខោនធីនៃខោនធី ______________ អំពី

☐ ប្រាក់ជំនួយ ☐ ប័ណ្ណទិញម្ហូប ☐ វេជ្ជការ

☐ ផ្សេងទៀត (សូមសរសេរ) ______________

ហេតុផល៖ ______________

ខ្ញុំនឹងនាំមកជាមួយនូវពេលធ្វើសេចក្តីបំភ្លឺដែលជួយខ្ញុំ (ឈ្មោះនិងអាសយដ្ឋានបើមាន)៖

____

ខ្ញុំត្រូវការអ្នកបកប្រែម្នាក់ដោយឥតគិតថ្លៃ

ភាសា ឬគ្រាមភាសារបស់ខ្ញុំគឺ៖ ______________

ឈ្មោះខ្ញុំ៖ ______________

អាសយដ្ឋាន៖ ______________

ទូរស័ព្ទ៖ ______________

ហត្ថលេខា៖ ______________

ថ្ងៃខែ៖ ______________

ទម្រង់ការស្នើសុំវីសា

ទេសឆ្នាំ

ស្ថានកាសាំងអាមេរិក
ក្រសួងបុរសការនិងកិច្ចការកុងស៊ុល
ក្រសួងសន្តិសុខទឹកដី

ទីកន្លែងស្នើសុំវីសា : _____

សម្រាប់ប្រើប្រាស់ ឈ្មោះ : _____
ឆ្នាំ : _____
ខែ : _____
ថ្ងៃ : _____

អាសយដ្ឋាន : _____
_____
_____

(អ្នកទទួល)

មានសំណួរឬ? សូមសួរអ៊ីនធឺរណែតអ្នក ។

សេចក្តីជូនដំណឹង : ដើម្បីអោយអ្នកមានលទ្ធភាពទទួលបានវីសាដែលអ្នកស្នើសុំ
ក្នុងរយៈពេលដែលអ្នកមានគម្រោងធ្វើដំណើរ សូមអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំវីសារបស់អ្នក
-ជាមុនយ៉ាងតិច ៣ ខែ មុនពេលដែលអ្នកគ្រោងនឹងធ្វើដំណើរ ។

ការពិពណ៌នាអំពីគោលបំណងនៃការធ្វើដំណើរទៅកាន់សហរដ្ឋអាមេរិក _____

ចំនួនថ្ងៃដែលអ្នកគ្រោងនឹងស្នាក់នៅ _____ ថ្ងៃ

ដើម្បីជួយសម្រួលដល់ការដំណើរការនៃពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នក សូមផ្តល់ព័ត៌មានដែលស្នើសុំខាងក្រោមនេះ :

$ _____ សំរាប់ _____ សំរាប់ _____ ដោយ ខ្ញុំ

$ _____ សំរាប់ _____ សំរាប់ _____ ដោយ ខ្ញុំ

$ _____ សំរាប់ _____ សំរាប់ _____ ដោយ ខ្ញុំ

ដើម្បីធានាឱកាសដ៏ល្អបំផុតសម្រាប់ការសម្ភាសន៍ដោយជោគជ័យ, ហើយ ដើម្បីអាចផ្តល់ការសន្សំសម្រួលដល់ពេលវេលារបស់អ្នក, សូមធ្វើការជ្រើសរើសប្រអប់ខាងក្រោមដែលពាក់ព័ន្ធបំផុតជាមួយនឹងស្ថានភាពរបស់អ្នក ដោយមិនចាំបាច់ទាមទារឱ្យមានការណាត់ជួបដោយផ្ទាល់ជាមួយកុងស៊ុលឡើយ ។

☐ ការណាត់ជួបសម្ភាសន៍ត្រូវបានធ្វើឡើងសម្រាប់អ្នកដែលមានអាយុក្រោម ១៤ ឆ្នាំ ឬលើសពី ៧៩ ឆ្នាំ ។

☐ សូមផ្តល់ឯកសារដែលបានស្នើសុំខាងក្រោមនេះ ប្រសិនបើអ្នកមានគម្រោងធ្វើដំណើរទៅសហរដ្ឋអាមេរិក
ក្នុងរយៈពេលមួយឆ្នាំ ចាប់ពីថ្ងៃដែលវីសាចុងក្រោយរបស់អ្នកត្រូវបានចេញ ។

☐ សូមផ្តល់ឯកសារដែលបានស្នើសុំខាងក្រោមនេះ ប្រសិនបើអ្នកមានគម្រោងធ្វើដំណើរទៅសហរដ្ឋអាមេរិក
ក្នុងរយៈពេលប្រាំឆ្នាំ ចាប់ពីថ្ងៃដែលវីសាចុងក្រោយរបស់អ្នកត្រូវបានចេញ ។

ឯកសារដែលត្រូវការ (0 ឯកសារ) ព័ត៌មានលម្អិត :

☐ ទាញយកទម្រង់បែបបទនេះពីគេហទំព័រ ។ ឯកសារដែលត្រូវការ ។ ឯកសារដែលត្រូវការ ។ ឯកសារដែលត្រូវការ ។

☐ ឯកសារដែលត្រូវការ _____ ត្រូវបានដាក់ជូនរួចហើយ : ព័ត៌មានលម្អិត :

ប្រសិនបើអ្នកមិនត្រូវបានណាត់ជួបសម្ភាសន៍ក្នុងរយៈពេល ៦០ ថ្ងៃ ឬប្រសិនបើអ្នកមិនបានទទួលការជូនដំណឹងអំពីការណាត់ជួបសម្ភាសន៍ក្នុងរយៈពេល ៩០ ថ្ងៃ សូមទាក់ទងទៅកាន់ស្ថានកាសាំងអាមេរិក ឬកុងស៊ុលដើម្បីស្នើសុំការណាត់ជួបសម្ភាសន៍ ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនបានទទួលការជូនដំណឹងអំពីការណាត់ជួបសម្ភាសន៍ក្នុងរយៈពេល ៩០ ថ្ងៃ សូមទាក់ទងទៅកាន់ស្ថានកាសាំងអាមេរិក ឬកុងស៊ុលដើម្បីស្នើសុំការណាត់ជួបសម្ភាសន៍ ។

☐ ព័ត៌មានបន្ថែមដែលអ្នកចង់ចែករំលែក ដែលមិនត្រូវបានផ្តល់ជូនក្នុងទម្រង់បែបបទនេះ, សូមប្រើប្រាស់ទំព័រនេះ
ដើម្បីបញ្ចូលព័ត៌មានបន្ថែមនេះ ។

ការពិពណ៌នា

ចំណាំ : ប្រសិនបើអ្នកមិនបានបំពេញព័ត៌មានដែលត្រូវការទាំងអស់ ឬមិនបានផ្តល់ឯកសារដែលត្រូវការ នោះពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នក

郡名

加州健康福利部
社會服務處

批准通知書

通知日期：_____
案件姓名：_____
號碼：_____
工作員姓名：_____
號碼：_____
電話：_____
地址：_____

(收信人)

有問題嗎？可以問你的工作員。

州聽証：假如你認為採取的行動是錯誤的，你可以請求聽証。本頁反面會告訴你怎樣進行。假如你在採取行動以前請求聽証的話，你的福利可能不會改變。

你的糧食券申請已經被批准。你的糧食券証明期間自_____起，至_____止。

我們依照你提供的資料計算你的福利。假如沒有變化的話，你將領取：

$ _____元，_____月，共_____人。
$ _____元，_____月，共_____人。
$ _____元，_____月，共_____人。

假如你也申請現金補助，而目前尚未批准的話，但是一旦現金補助被批准，你的糧食券福利可能會被降低或停止，而不另行通知。

☐ 你的糧食券資格和現金補助同一天開始。
☐ 由於按照批准的日期計算，你第一個月的福利包括多於一個月的金額。
☐ 你第一個月的福利自申請表入檔案日期起按比例計算。

你的福利是零（$0）因為：

☐ 你家屬的收入現在太高。假如情況有變化的話，你的福利可能會增加。
☐ 你家屬_____月的福利已經被暫停，因為：

即使你的福利是零的話，你仍然必須填寫資格審核月報表（CA 7）並且把填寫好的表格交入，否則就停止你的糧食券証明。請記得每月呈報看屬照顧費，並且每月當住所和醫藥費有變化時，你都要作案報。

☐ 因為你以前急需糧食券，我們沒有要求你提供我們以下的証明：

現在你必須在_____以前提供我們証明，否則將停止你的糧食券資格。你不會收到另外的通知。假如你所交的証明會改變你的資格或福利的話，我們將會作出修改。在我們採取行動以前，你將不會收到預先通知。

評語

法規：這些條例適用。你可以在你的福利所查詢這些法規：

DFA 377.1 (1/88) Required Form - No Substitutes Permitted - Chinese

你的聽証權利

請求州聽証的方式

這張紙上的右邊告訴你怎樣進行

- 你只有90天的時間請求聽証
- 90天是從我們寄出這份通知後的那一天開始算起。
- 假如你要使你的福利保持不變的話，你請求聽証的時間要短得多。

在你等待聽証時，要使你的福利保持不變的方式

你必須在採取行動以前請求聽証

- 你的現金補助會一直保持不變直到你的聽証。
- 你的加州醫藥保險會一直保持不變直到你的聽証。
- 你的糧食券會一直保持不變直到聽証或是証明期間結束，這要取決於那一個在先而定。
- 假如聽証決定說明我們是對的話，你就欠我們你領取的一切額外現金補助或糧食券。

現在要縮減你的福利的方式

在你等待聽証時，假如你要縮減你的現金補助或糧食券福利的話，請在一個或二個格子中作記號。

☐ 現金補助　　☐ 糧食券

要得到幫助的方式

你可以在州政府詢問組請教有關你的聽証權利或是免費法律服務。

請打對方付費號碼　1-800-952-5253
假如你是聾者並且使用聾者電傳機，請打 1-800-952-8349

假如你不願意單獨來聽証的話，你可以帶一位朋友律師、或是任何其他的人來。你必須自己找那個人。

你可以在你當地法律服務辦事處或福利權利組得到免費法律服務。

其他資料

子女撫養：即使你沒有領取現金補助，地方檢察官可以幫助你收取子女撫養費。對於此等幫助你不需要付錢。假如現在他們為你收取子女撫養費，他們會繼續這樣做下去，除非你寫信告訴他們停止這樣做。他們將寄給你收取到的目前撫養費。他們會把收取到之郡政府過期的錢保留。

醫護計劃：只要你請求，就可以在郡福利所取得有關資料。

聽証檔案：假如你請求聽証的話，州政府聽証辦事處將設立一份檔案。你有權查看這份檔案。州政府可能會把你的檔案交給福利所，聯邦衛生與人文服務部和聯邦農業部（福利與慈善法規第10950條）。

怎樣請求州聽証

請求聽証的最好方式是填寫這一頁並且寄到或送到：

你也可以打電話 1-800-952-5253

聽証請求

我要求聽証是為了_____郡福利所採取的行動，有關我的：

☐ 現金補助　☐ 糧食券　☐ 加州醫藥保險
☐ 其他（請列舉）_____

理由在於：_____

我將帶這一位人士出席聽証以幫助我（姓名和地址，假如知道的話）：

我需要一位口譯員，記不需要花錢。
我的語言或方言是：_____

我的姓名：_____

地址：_____

電話：_____

我的簽名：_____

日期：_____

TY XÃ HỘI QUẬN

Tiểu Bang California
Bộ Y Tế Và An Sinh
Nha Xã Hội

THÔNG BÁO VỀ VIỆC ĐƠN XIN BỊ BÁC HOẶC ĐANG ĐƯỢC CỨU XÉT

Thông Báo Đề Ngày : _____
Hồ Sơ Của : _____
Hồ Sơ Số : _____
Tên Người Thẩm Định Viên: _____
Số : _____
Điện Thoại : _____
Địa Chỉ : _____
_____
_____

(Addressee)

Xin liên lạc với người Thẩm Định Viên của ông/bà nếu có thắc mắc.

Buổi Điều Giải: Nếu ông/bà nghĩ rằng biện pháp này không đúng, ông/bà có thể yêu cầu một buổi điều giải. Mặt sau của trang này nói về cách yêu cầu buổi điều giải. Nếu ông/bà yêu cầu buổi điều giải trước ngày biện pháp này được áp dụng, thì trợ cấp của ông/bà có thể vẫn được tiếp tục như trước.

☐ Đơn xin Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm của gia đình ông/bà đã bị **bác** vì:

☐ Nếu ông/bà làm điều sau đây vào ngày hoặc trước ngày _____, đơn xin của ông/bà sẽ được tái xét:

Nếu ông/bà không làm điều này vào ngày hoặc trước ngày nói trên, ông/bà sẽ phải tái nộp đơn nếu muốn nhận Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm.

☐ Gia đình ông/bà không được nhận Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm cho đến ngày _____ căn cứ vào lý do mà đơn xin trợ cấp của ông/bà bị bác, ông/bà có thể tái nộp đơn sau ngày này.

☐ Nếu ông/bà nhận Trợ Cấp Gia Đình Có Con Em Nhỏ (AFDC), ông/bà có thể được nhận Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm. Nếu ông/bà không nhận được Thông Báo Về Biện Pháp Áp Dụng liên quan đến Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm của ông/bà trong vòng 15 ngày sau ngày đơn xin trợ cấp AFDC của ông/bà được chấp thuận, xin ông/bà liên lạc với người Thẩm Định Viên phụ trách Chương Trình Trợ Cấp AFDC của mình để hỏi về vấn đề Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm.

☐ Đơn xin truy lãnh Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm đề ngày _____ của ông/bà đã bị bác vì:

☐ Đơn xin truy lãnh Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm đề ngày _____ của ông/bà đã bị bác vì đã nộp không đúng Ty Xã Hội. Ông/Bà phải xin những trợ cấp này tại Ty Xã Hội mà ông/bà đã bị bác đơn hoặc đã nhận trợ cấp.

☐ Đơn xin Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm của ông/bà **đang được cứu xét.**

☐ Ông/Bà đã làm các thủ tục cần thiết. Chúng tôi hiện đang cứu xét hồ sơ của ông/bà và ông/bà sẽ được thông báo nay mai.

☐ Ông/Bà phải làm điều sau đây trước ngày _____ nếu không, đơn xin trợ cấp của ông/bà sẽ bị bác mà không cần có một thông báo nào khác và ông/bà sẽ phải tái nộp đơn nếu muốn được Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm.

Chú Thích

Các Điều Lệ Áp Dụng: Ông/Bà có thể kiểm xét lại các điều lệ này tại Ty Xã Hội:

ສິດທິຂອງທ່ານໃນການຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ

ເມື່ອຮ້ອງຂໍໃຫ້ມີການພິຈາລະນາຄວາມເປັນທັນ ຕໍ່ຣັຖ

ຫາກວ່າເປົ້າໝາຍຂອງປະກາດສະບັບນີ້ບໍ່ແມ່ນ ວິທີການໃຫ້ທ່ານ

- ທ່ານມີເວລາພຽງ ສອງ ວັນເທົ່ານັ້ນໃນການຮ້ອງຂໍໃຫ້ມີການພິຈາລະນາຄວາມເປັນທັນ.
- ສອງວັນນັ້ນແມ່ນນັບຕັ້ງແຕ່ວັນທີ່ໄດ້ຮັບປະກາດສະບັບນີ້ໃຫ້ທ່ານ.
- ທ່ານມີເວລາສັ້ນຫລາຍໃນການຮ້ອງຂໍໃຫ້ມີການພິຈາລະນາຄວາມເປັນທັນ ຖ້າຫາກທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ກົມຊ່ວຍເຫຼືອຂອງທ່ານຢູ່ໃນສະພາບເດີມ.

ເມື່ອໃຫ້ກົມຊ່ວຍເຫຼືອຂອງທ່ານຢູ່ໃນສະພາບເດີມ ໃນຂະທີ່ທ່ານລໍຄອຍການພິຈາລະນາຄວາມເປັນທັນ.

ທ່ານຈຶ່ງຕ້ອງຮ້ອງຂໍໃຫ້ມີການພິຈາລະນາຄວາມເປັນທັນກ່ອນເວລາຈະເຖົ້າທ່ານ ທີ.

- ກົມຊ່ວຍເຫຼືອຂອງທ່ານຈະຢູ່ໃນສະພາບເດີມ ຈົນກ່ວາ ວັນພິຈາລະນາຄວາມເປັນທັນຂອງທ່ານ.
- ບັດອະນຸຍາດທານຂອງທ່ານຈະຢູ່ໃນສະພາບເດີມ ຈົນກ່ວາວັນພິຈາລະນາຄວາມເປັນທັນຂອງທ່ານ.
- ບັດຈ້ຳອາຫານຂອງທ່ານຈະຢູ່ໃນສະພາບເດີມ ຈົນກ່ວາ ວັນພິຈາລະນາຄວາມເປັນທັນ ຫລື ຈົນກ່ວາ ສະພາບການທີ່ທ່ານ ສັບ ບັດຈ້ຳອາຫານ, ຫາກມີ ແລ້ວແຕ່ກໍລະນີໃດຈະເກີດກ່ອນ.
- ຖ້າຫາກທ່ານຕັດສິນໃຈບໍ່ຮ້ອງຂໍໃຫ້ມີການພິຈາລະນາຄວາມເປັນທັນ ເຖິງວ່າ ພວກເຮົາຈະຕັ້ງໃຈ ທ່ານຈະຍັງສືບຕໍ່ໄດ້ຮັບ ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ ຫລື ບັດຈ້ຳອາຫານ ທີ່ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບ ເມື່ອຫລ້ານ ທ່ານລໍຄອຍການພິຈາລະນາ

ເມື່ອທ່ານໃຫ້ຍົກເລີກເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ ຂອງທ່ານຖາວອນ

ຖ້າຫາກທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ຍົກເລີກເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ ບັດຈ້ຳອາຫານ ຂອງທ່ານ ໃນຂະທີ່ທ່ານລໍຄອຍການພິຈາລະນາຄວາມເປັນທັນນັ້ນ, ໃຫ້ທ່ານຫມາຍໃສ່ຫນ້ອງໃດໆ ຫລືຫລາຍຫນ້ອງຂອງທ່ານ ຕໍ່ໄປ.

☐ ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ ☐ ບັດຈ້ຳອາຫານ

ເມື່ອຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ

ທ່ານຂອງເຈົ້າໜ້າທີ່ກ່ຽວກັບສິດທິໃນການຂໍຄວາມເປັນທັນຂອງທ່ານ ຫລື ສາມາດຈ່ຳຫລ້ອງການຊ່ວຍເຫຼືອ ຕໍ່ກັບກົດໝາຍ ທີ່ໃກ້ທີ່ສຸດ ໃນ ຫລວງ ເລກໂທຣສັບ ຂອງທ່ານ.

ເລກໂທຣທີ່ບໍ່ໄດ້ເສັຽຄ່າ : 1-800-952-5253

ຖ້າຫາກທ່ານ ເປັນຄົນຫູຫນວກ ເລກໂທ TDD ໃຫ້ໂທ : 1-800-952-8349

ຖ້າຫາກທ່ານ ປ່ຽນທີ່ຢູ່ ຫລື ເບີໂທ ຂອງທ່ານ ໃນ ຂະ ທີ່ ທ່ານ ລໍ ຄອຍ ການ ພິ ຈາ ລະ ນາ ຄວາມ ເປັນ ທັນ ນັ້ນ, ທ່ານ ສາມາດ ແຈ້ງ ໃຫ້ ພວກ ເຮົາ ຮູ້ ໄດ້ ທັນ ທີ, ທ່ານ ຈ ຳ ເປັນ ຕ້ອງ ໂທ ຫາ ເລກ ໂທ ຣ ສັບ ດ ່ ວນ ນີ້ ໂດຍ ທ ່ ານ ເອ ງ.

ທ່ານ ຈະ ຖືກ ປະ ຕິ ເສດ ການ ຊ ່ ວຍ ເຫຼືອ ໃນ ທີ່ ນີ້ ຖ ້ າ ຫາກ ທ ່ ານ ບໍ ່ ປະ ຕິ ບັດ ຕາມ ຄ ຳ ແນະ ນ ຳ ຂ ້ າງ ເທິ ງ ນີ້ ຫລື ຖ ້ າ ຫາກ ທ ່ ານ ບໍ ່ ສາ ມາດ ຕິ ດ ຕ ່ ໍ ຫາ ໄດ ້ ພາ ຍ ໃ ນ ສິ ບ ວັ ນ ນັ ບ ແ ຕ ່ ວັ ນ ທີ ທ ່ ານ ໄ ດ ້ ຮັ ບ ປ ະ ກ າ ດ ສ ະ ບັ ບ ນ ີ ້ ໃ ຫ ້ ທ ່ ານ.

ທ ່ ານ ສ າ ມ າ ດ ຂ ໍ ໃ ຫ ້ ມ ີ ກ ານ ພິ ຈ າ ລ ະ ນ າ ຄ ວ າ ມ ເ ປ ັ ນ ທ ັ ນ ໄ ດ ້ ເ ຖ ິ ງ ວ ່ າ ທ ່ ານ ຈ ະ ບ ໍ ່ ໄ ດ ້ ຮ ັ ບ ເ ງ ິ ນ ຊ ່ ວ ຍ ເ ຫ ຼ ື ອ ຫ ລ ື ບ ັ ດ ອ ະ ນ ຸ ຍ າ ດ ທ ານ ໃ ນ ຂ ະ ທ ີ ່ ທ ່ ານ ລ ໍ ຄ ອ ຍ ການ ພິ ຈ າ ລ ະ ນ າ ຄ ວ າ ມ ເ ປ ັ ນ ທ ັ ນ ນ ັ ້ ນ ຢ ູ ່ ໃ ນ ສ ະ ພ າ ບ ເ ດ ີ ມ ຂ ອ ງ ທ ່ ານ ໄ ດ ້ ຫ ລ ື ບ ໍ ?

QUYỀN KHÁNG QUYẾT

Để Yêu Cầu Buổi Điều Giải

Bên phải của mẫu đơn này nói về việc yêu cầu buổi điều giải.

- Ông/Bà chỉ có 90 ngày để yêu cầu buổi điều giải.
- 90 ngày bắt đầu kể từ ngày sau khi thông báo này được gởi đi.
- Thời hạn để yêu cầu buổi điều giải ngắn hơn thời hạn nói trên rất nhiều nếu ông/bà muốn được trợ cấp như cũ.

Để Được Trợ Cấp Như Cũ Trong Khi Chờ Đợi Ngày Ra Buổi Điều Giải

Ông/Bà phải yêu cầu buổi điều giải trước khi biện pháp được áp dụng

- Ông/Bà sẽ được Trợ Cấp Tiền Mặt như cũ cho đến ngày ra buổi điều giải.
- Ông/Bà sẽ được Trợ Cấp Phiếu Y Tế như cũ cho đến ngày ra buổi điều giải.
- Ông/Bà sẽ được Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm như cũ cho đến ngày ra buổi điều giải hoặc cho đến khi thời hạn hội đủ điều kiện nhận trợ cấp chấm dứt, tuy theo điều nào xảy ra trước.
- Nếu quyết định buổi điều giải xử phần thắng về phía Ty Xã Hội thì ông/bà sẽ còn thiếu Ty khoản trợ cấp tiền mặt hoặc phiếu thực phẩm mà ông/bà đã nhận trong khi chờ đợi ngày ra buổi điều giải.

Để Ngưng Trợ Cấp Của Ông/Bà Bây Giờ

Nếu ông/bà muốn Trợ Cấp Tiền Mặt hoặc Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm của mình bị ngưng trong khi chờ đợi ngày ra buổi điều giải, xin đánh dấu vào một hoặc cả hai ô.

☐ Trợ Cấp Tiền Mặt ☐ Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm

Để Được Giúp Đỡ

Ông/Bà có thể hỏi về quyền kháng quyết của mình hoặc về vấn đề liên quan đến pháp luật miễn phí tại số điện thoại của Nha Xã Hội.

Số điện thoại miễn phí:	1-800-952-5253
Số điện thoại dành riêng cho người điếc TDD:	1-800-952-8349

Nếu không muốn đến buổi điều giải một mình, ông/bà có thể mang một người bạn, một luật sư, hoặc bất cứ người nào đến buổi điều giải với mình. Tuy nhiên, ông/bà phải tự dàn xếp lấy.

Ông/Bà có thể được giúp đỡ miễn phí về vấn đề luật pháp tại văn phòng cố vấn pháp luật hoặc văn phòng tranh đấu cho quyền lợi người nhận trợ cấp xã hội (welfare rights group) địa phương.

Các Chi Tiết Khác

Tiền Cấp Dưỡng Cho Con: Văn Phòng Biện Lý Cuộc sẽ giúp ông/bà thâu tiền cấp dưỡng cho con cho dù ông/bà không nhận trợ cấp tiền mặt. Dịch vụ này miễn phí. Nếu Văn Phòng Biện Lý Cuộc hiện đang thâu tiền cấp dưỡng con cho ông/bà, họ sẽ tiếp tục làm điều này cho đến khi nào ông/bà viết thư yêu cầu họ ngưng. Họ sẽ gởi đến ông/bà những khoản tiền cấp dưỡng hiện đang được thâu. Những khoản tiền cấp dưỡng mà người cha/mẹ còn thiếu Ty Xã Hội sẽ được họ giữ lại.

Dịch Vụ Kế Hoạch Gia Đình: Nếu yêu cầu, Ty Xã Hội sẽ cung cấp các chi tiết về dịch vụ kế hoạch gia đình.

Hồ Sơ Khiếu Nại: Nếu ông/bà yêu cầu buổi điều giải, Văn Phòng Lo Về Vấn Đề Khiếu Nại sẽ lập một hồ sơ. Ông/Bà có quyền xem hồ sơ đã nói. Nha Xã Hội có thể gởi hồ sơ của ông/bà đến Ty Xã Hội, Bộ Y Tế và Nhân Vụ hoặc Bộ Nông Nghiệp của Chính Quyền Liên Bang. (Theo Bộ Luật W. & I. Điều 10950).

CÁCH THỨC YÊU CẦU BUỔI ĐIỀU GIẢI

Cách tốt nhất để yêu cầu buổi điều giải là điền vào trang này và gởi, hoặc đem đến:

Ông/Bà cũng có thể gọi điện thoại số 1-800-952-5253

ĐƠN YÊU CẦU BUỔI ĐIỀU GIẢI

Tôi yêu cầu một buổi điều giải vì biện pháp áp dụng của Ty Xã Hội Quận _____ ảnh hưởng đến trợ cấp sau đây của tôi:

☐ Tiền Mặt ☐ Phiếu Thực Phẩm ☐ Phiếu Y Tế

☐ Các trợ cấp khác (kể ra) _____

Lý do: _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Người có tên sau đây sẽ đến buổi điều giải để giúp tôi (tên và địa chỉ nếu biết):

_____

_____

_____

Yêu cầu Nha Xã Hội giúp tôi người thông dịch viên miễn phí. Tôi nói tiếng: _____

Tên của tôi: _____

Địa chỉ: _____

_____

Điện thoại: _____

Chữ ký của tôi _____

Ngày: _____

ຢ່າຈົ່ງຫາກຂະນະສຶກສາ

ສັນຍາອະນຸຍາດ
ການຈັດການກະແສເງິນ ແລະ ນະໂຍບາຍ
ການຄ້ຳປະກັນ ແລະ ການສຶກສາ

ປະກາດກ່ຽວກັບການປະຕິເສດ ຫລື ຍົກເລີກຄຳຮ້ອງຂໍກູ້ຢືມ

ຊື່ ແລະ ທີ່ຢູ່ຜູ້ກູ້ຢືມ : _____

ຊື່ ແລະ ທີ່ຢູ່ຜູ້ຄ້ຳປະກັນ : _____

ໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມ : _____

ຊື່ ແລະ ທີ່ຢູ່ໂຮງຮຽນ : _____

ຫລັກສູດ : _____

ໄລຍະເລີ່ມ : _____

ອື່ນໆ : _____

_____

_____

(ອື່ນໆ)

ມີຂໍ້ສົງໄສ? ຈົ່ງຕິດຕໍ່ພະນັກງານສິນເຊື່ອຂອງທ່ານ.

ຂໍ້ຄວນພິຈາລະນາທີ່ສຳຄັນ: ຖ້າຫາກທ່ານຕ້ອງການຍົກເລີກ ການກູ້ຢືມນີ້ ທ່ານຕ້ອງເຮັດດັ່ງນີ້. ທ່ານຈະບໍ່ສາມາດຮັບເງິນກູ້ຢືມ ຫລື ຈ່າຍເງິນໃຫ້ໂຮງຮຽນ ຫລັງຈາກວັນທີ ທ່ານຍົກເລີກ. ຖ້າຫາກທ່ານໄດ້ຮັບເງິນກູ້ຢືມ ແລ້ວ ທ່ານຈະຕ້ອງຈ່າຍຄືນ ຫລື ຈ່າຍຕາມເງື່ອນໄຂ ການຊຳລະຄືນ ຕາມທີ່ໄດ້ລະບຸໄວ້ໃນສັນຍາ. ຖ້າຫາກທ່ານຍົກເລີກ ພາຍໃນ 120 ວັນ ນັບແຕ່ວັນທີ ທ່ານໄດ້ເຂົ້າຮຽນ ຫລື ໄດ້ຮັບເງິນກູ້ຢືມ ແລ້ວແຕ່ວ່າວັນໃດມາເຖິງກ່ອນ ທ່ານຈະບໍ່ຕ້ອງຈ່າຍດອກເບ້ຍ ຫລື ຄ່າທຳນຽມ ແລະ ທ່ານຈະໄດ້ຮັບເງິນຄືນ ຕາມຈຳນວນທີ່ທ່ານໄດ້ຈ່າຍ ຫລື ຈ່າຍໃຫ້ ໂດຍ ຫັກເງິນຄ້ຳປະກັນ ຫລື ຜູ້ຄ້ຳປະກັນ ອອກ.

☐ ຂ້ານ້ອຍ/ພວກເຮົາ ຂໍຍົກເລີກ ຄຳຮ້ອງຂໍກູ້ຢືມ ຫລື ການຄ້ຳປະກັນ ຂ້ານ້ອຍ/ພວກເຮົາ ໄດ້ຍື່ນໄວ້ ກ່ຽວກັບ _____

☐ ຂ້ານ້ອຍ/ພວກເຮົາ ຂໍຍົກເລີກ ຄຳຮ້ອງຂໍກູ້ຢືມ ຫລື ການຄ້ຳປະກັນ ຂ້ານ້ອຍ/ພວກເຮົາ ໄດ້ຍື່ນໄວ້ ກ່ຽວກັບ _____ ຂ້ານ້ອຍ/ພວກເຮົາ ເຂົ້າໃຈວ່າ ຂ້ານ້ອຍ/ພວກເຮົາ ຈະຕ້ອງຮັບຜິດຊອບ ຕໍ່ຄ່າທຳນຽມ ທີ່ເກີດຂຶ້ນ ຈົນເຖິງວັນທີ ທ່ານຍົກເລີກ ແລະ ຂ້ານ້ອຍ/ພວກເຮົາ ຈະບໍ່ຮ້ອງຂໍ ຫລື ຮຽກຮ້ອງ ເງິນຄືນ ຈາກ ຜູ້ຄ້ຳປະກັນ ຫລື ຜູ້ກູ້ຢືມ ຕໍ່ຄ່າທຳນຽມ ດັ່ງກ່າວ.

☐ ຂ້ານ້ອຍ/ພວກເຮົາ ຂໍຍົກເລີກ ຄຳຮ້ອງຂໍ ການຄ້ຳປະກັນ ຂ້ານ້ອຍ/ພວກເຮົາ ໄດ້ຍື່ນໄວ້ ກ່ຽວກັບ _____ ຂ້ານ້ອຍ/ພວກເຮົາ ເຂົ້າໃຈວ່າ ຂ້ານ້ອຍ/ພວກເຮົາ ຈະຕ້ອງຮັບຜິດຊອບ ຕໍ່ຄ່າທຳນຽມ ທີ່ເກີດຂຶ້ນ ຈົນເຖິງວັນທີ ທ່ານຍົກເລີກ ແລະ ຂ້ານ້ອຍ/ພວກເຮົາ ຈະບໍ່ຮ້ອງຂໍ ຫລື ຮຽກຮ້ອງ ເງິນຄືນ ຈາກ ຜູ້ຄ້ຳປະກັນ ຫລື ຜູ້ກູ້ຢືມ ຕໍ່ຄ່າທຳນຽມ ດັ່ງກ່າວ.

☐ ຂ້ານ້ອຍ/ພວກເຮົາ ຂໍຍົກເລີກ ຄຳຮ້ອງຂໍ ການຄ້ຳປະກັນ ທັງໝົດ ຂ້ານ້ອຍ/ພວກເຮົາ ໄດ້ຍື່ນໄວ້.

☐ ຂ້ານ້ອຍ/ພວກເຮົາ ຂໍຍົກເລີກ ຄຳຮ້ອງຂໍ ການຄ້ຳປະກັນ ສ່ວນ ທີ່ ຂ້ານ້ອຍ/ພວກເຮົາ ຍັງບໍ່ໄດ້ ຍົກເລີກ ຂ້ານ້ອຍ/ພວກເຮົາ ເຂົ້າໃຈວ່າ ຂ້ານ້ອຍ/ພວກເຮົາ ຈະຕ້ອງຮັບຜິດຊອບ ຕໍ່ຄ່າທຳນຽມ ທີ່ເກີດຂຶ້ນ ຈົນເຖິງວັນທີ ທ່ານຍົກເລີກ ແລະ ຂ້ານ້ອຍ/ພວກເຮົາ ຈະບໍ່ຮ້ອງຂໍ ຫລື ຮຽກຮ້ອງ ເງິນຄືນ ຈາກ ຜູ້ຄ້ຳປະກັນ ຫລື ຜູ້ກູ້ຢືມ ຕໍ່ຄ່າທຳນຽມ ດັ່ງກ່າວ.

☐ ຂ້ານ້ອຍ/ພວກເຮົາ ຂໍຍົກເລີກ ການຄ້ຳປະກັນ ສ່ວນ ທີ່ ຂ້ານ້ອຍ/ພວກເຮົາ ຍັງບໍ່ໄດ້ ຍົກເລີກ.

- ☐ ທ່ານໄດ້ຍົກເລີກ ເງິນກູ້ຢືມ ທັງໝົດ ທີ່ທ່ານ ໄດ້ຍື່ນໄວ້ ແລ້ວ. ຂ້ານ້ອຍ/ພວກເຮົາ ຈະບໍ່ຮ້ອງຂໍ ຫລື ຮຽກຮ້ອງ ເງິນຄືນ ຈາກ ຜູ້ຄ້ຳປະກັນ ຫລື ຜູ້ກູ້ຢືມ ຕໍ່ຄ່າທຳນຽມ ດັ່ງກ່າວ.
- ☐ ທ່ານຈະຍົກເລີກ ເງິນກູ້ຢືມ ທີ່ທ່ານ ໄດ້ຍື່ນໄວ້ ກ່ຽວກັບ _____ ຂ້ານ້ອຍ/ພວກເຮົາ ເຂົ້າໃຈວ່າ ຂ້ານ້ອຍ/ພວກເຮົາ ຈະຕ້ອງຮັບຜິດຊອບ ຕໍ່ຄ່າທຳນຽມ ທີ່ເກີດຂຶ້ນ ຈົນເຖິງວັນທີ ທ່ານຍົກເລີກ ແລະ ຂ້ານ້ອຍ/ພວກເຮົາ ຈະບໍ່ຮ້ອງຂໍ ຫລື ຮຽກຮ້ອງ ເງິນຄືນ ຈາກ ຜູ້ຄ້ຳປະກັນ ຫລື ຜູ້ກູ້ຢືມ ຕໍ່ຄ່າທຳນຽມ ດັ່ງກ່າວ.

ຂໍ້ຄິດເຫັນຕ່າງໆ

ລາຍເຊັນ: ລາຍເຊັນຜູ້ກູ້ຢືມ ຫລື ຜູ້ຄ້ຳປະກັນ ທີ່ ຍັງບໍ່ໄດ້ ຍົກເລີກ ການຄ້ຳປະກັນ ຂ້ານ້ອຍ/ພວກເຮົາ ໄດ້ຍື່ນໄວ້ ກ່ຽວກັບ ການສຶກສາ ທີ່ ທ່ານ ໄດ້ລະບຸໄວ້ ຂ້າງເທິງ:

ສິດທິຂອງທ່ານໃນການຂໍຄວາມເປັນທັມ

ເມື່ອຮ້ອງຂໍໃຫ້ມີການພິຈາລະນາຄວາມເປັນທັມ ຕ່ໍ່ຮັກ
ຫາງວ່ານີ້ຂອງປະກາດສະບັບນີ້ ຍອມ ວິທີການໃຫ້ທ່ານ

- ທ່ານມີເວລາພຽງ ຫລ ວັນເທົ່ານັ້ນ ໃນການຮ້ອງຂໍໃຫ້ມີການພິຈາລະນາ ຄວາມເປັນທັມ.
- ຫລ ວັນນັ້ນແມ່ນ ນັບຕັ້ງແຕ່ວັນທີ່ໄດ້ສົ່ງປະກາດສະບັບນີ້ໃຫ້ທ່ານ.
- ທ່ານມີສິດຈ້າງທະນາຍ ໃນການຮ້ອງຂໍໃຫ້ມີການພິຈາລະນາຄວາມເປັນທັມ ຖ້າຫາກທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ກົມຊ່ວຍເຫລືອຂອງທ່ານ ຊ່ວຍໃນສ່ວນນີ້.

ເມື່ອໃຫ້ກົມຊ່ວຍເຫລືອຂອງທ່ານ ຊ່ວຍໃນສ່ວນນີ້ ໃນລະຫວ່າງທີ່ທ່ານລໍຄອຍ ການພິຈາລະນາຄວາມເປັນທັມ.

ທ່ານຈຶ່ງຕ້ອງຮ້ອງຂໍໃຫ້ມີການພິຈາລະນາຄວາມເປັນທັມ ພາຍໃນເວລາ ຈະເລີ ທ່ານ ທີ.

- ກົມຊ່ວຍເຫລືອຂອງທ່ານ ຈະຊ່ວຍໃນສ່ວນນີ້ ຈົນກ່ວາ ວັນພິຈາລະນາ ຄວາມ ເປັນທັມຂອງທ່ານ.
- ທະນາຍຄວາມຂອງທ່ານ ຈະຊ່ວຍໃນສ່ວນນີ້ ຈົນກ່ວາ ວັນພິຈາລະນາ ຄວາມ ເປັນທັມຂອງທ່ານ.
- ທ່ານຈຶ່ງຕ້ອງການ ຈະຊ່ວຍໃນສ່ວນນີ້ ຈົນກ່ວາ ວັນພິຈາລະນາ ຄວາມ ເປັນທັມ ຫລື ຈົນກ່ວາ ຫລັງຈາກ ການພິຈາລະນາ, ຫາກ ທ່ານ ຮ້ອງ ຂໍ ໃຫ້ ຍົກ ເລີກ ການ ຊ່ວຍ ເຫລືອ ຫລື ທ່ານ ຈ້າງ ທະນາຍ ຄວາມ ເປັນ ທັມ ຂອງ ທ່ານ ເອງ ກ່ອນ ວັນ ພິຈາລະນາ ຄວາມ ເປັນ ທັມ ຫລື ຫລັງ ຈາກ ການ ພິຈາລະນາ ຄວາມ ເປັນ ທັມ ແລ້ວ ແຕ່ ກໍ ຍັງ ບໍ່ ທັນ ໄດ້ ຮັບ ການ ຕັດສິນ ໃຈ ຈາກ ຜູ້ ພິຈາລະນາ ຄວາມ ເປັນ ທັມ ຫາກ ທ່ານ ຕ້ອງ ການ ໃຫ້ ກົມ ຊ່ວຍ ເຫລືອ ຊ່ວຍ ໃນ ສ່ວນ ນີ້ ຕໍ່ ໄປ ອີກ ທ່ານ ຈະ ຕ້ອງ ຮ້ອງ ຂໍ ໃຫ້ ມີ ການ ພິຈາລະນາ ຄວາມ ເປັນ ທັມ ຄືນ ໃໝ່ ພາຍ ໃນ ເວລາ ສິບ ວັນ ນັບ ແຕ່ ວັນ ທີ ທ່ານ ໄດ້ ຮັບ ການ ຕັດສິນ ໃຈ ຈາກ ຜູ້ ພິຈາລະນາ ຄວາມ ເປັນ ທັມ ຄັ້ງ ທໍ ອ ນ ນ ນ

សេចក្តីប្រកាសនៃការបដិសេធ ឬស្នើសុំការពិនិត្យឡើងវិញ

លេខយោង

ត្រូវបានបម្រុងទុក
ក្រសួងកិច្ចការការទូត និងកិច្ចសហប្រតិបត្តិការអន្តរជាតិ
ក្រសួងសន្តិសុខមាតុភូមិ

ឈ្មោះ និង ឈ្មោះត្រកូល : _____
ឈ្មោះ : _____
ភេទ : _____
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត
ឈ្មោះ : _____
ភេទ : _____
ថ្ងៃខែឆ្នាំ : _____
អាសយដ្ឋាន : _____
_____
_____

(អ្នកដាក់ពាក្យ)

តើមានសំណួរឬ? សូមសួរមន្ត្រីអតីតភាពអ្នក ដែលបានជួយអ្នក។

ការស្នើសុំពិនិត្យឡើងវិញ : បើសិនជាអ្នកមិនយល់ព្រមនឹងការសម្រេចចិត្តរបស់ក្រសួងការបរទេស និងកិច្ចសហប្រតិបត្តិការអន្តរជាតិ ដែលបដិសេធសំណើសុំលិខិតឆ្លងដែនរបស់អ្នក អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យមានការពិនិត្យឡើងវិញ។ ដើម្បីធ្វើដូច្នេះ អ្នកត្រូវតែបំពេញសំណើសុំពិនិត្យឡើងវិញ និងដាក់ជូនវាទៅកាន់ការិយាល័យលិខិតឆ្លងដែនក្នុងរយៈពេល ៦០ ថ្ងៃ ចាប់ពីថ្ងៃដែលអ្នកទទួលបានសេចក្តីប្រកាសនៃការបដិសេធ។ ការិយាល័យលិខិតឆ្លងដែនមិនទទួលយកសំណើសុំពិនិត្យឡើងវិញដែលបានដាក់ជូនក្រោយរយៈពេល ៦០ ថ្ងៃ ឡើយ។

☐ ការសម្រេចចិត្តបដិសេធលិខិតឆ្លងដែនរបស់អ្នក ត្រូវបានធ្វើឡើងដោយផ្អែកលើ **ហេតុផលដូចខាងក្រោម** :

☐ ប្រសិនបើអ្នកមានព័ត៌មានបន្ថែមដែលអាចជួយដោះស្រាយបញ្ហានេះបាន សូមផ្តល់ជូនការិយាល័យលិខិតឆ្លងដែនក្នុងរយៈពេល ៦០ ថ្ងៃ ចាប់ពីថ្ងៃដែលអ្នកទទួលបានសេចក្តីប្រកាសនៃការបដិសេធ។ ការិយាល័យលិខិតឆ្លងដែនមិនទទួលយកព័ត៌មានបន្ថែមដែលបានដាក់ជូនក្រោយរយៈពេល ៦០ ថ្ងៃ ឡើយ។

ប្រសិនបើអ្នកមិនមានព័ត៌មានបន្ថែមដែលអាចជួយដោះស្រាយបញ្ហានេះបាន សូមបំពេញសំណើសុំពិនិត្យឡើងវិញ ដើម្បីស្នើសុំឱ្យមានការពិនិត្យឡើងវិញលើការសម្រេចចិត្តរបស់ក្រសួងការបរទេស និងកិច្ចសហប្រតិបត្តិការអន្តរជាតិ។

☐ ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ព្រមនឹងការសម្រេចចិត្តរបស់ក្រសួងការបរទេស និងកិច្ចសហប្រតិបត្តិការអន្តរជាតិ ដែលបដិសេធសំណើសុំលិខិតឆ្លងដែនរបស់អ្នក អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យមានការពិនិត្យឡើងវិញ។ ដើម្បីធ្វើដូច្នេះ អ្នកត្រូវតែបំពេញសំណើសុំពិនិត្យឡើងវិញ និងដាក់ជូនវាទៅកាន់ការិយាល័យលិខិតឆ្លងដែនក្នុងរយៈពេល ៦០ ថ្ងៃ ចាប់ពីថ្ងៃដែលអ្នកទទួលបានសេចក្តីប្រកាសនៃការបដិសេធ។ ការិយាល័យលិខិតឆ្លងដែនមិនទទួលយកសំណើសុំពិនិត្យឡើងវិញដែលបានដាក់ជូនក្រោយរយៈពេល ៦០ ថ្ងៃ ឡើយ។

☐ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានសេចក្តីប្រកាសនៃការបដិសេធ ដោយក្នុងនោះបង្ហាញថា (AFDC) ហើយអ្នកប្រឆាំងអាចជ្រើសរើសបញ្ជូនព័ត៌មានបន្ថែម។ ប្រសិនបើអ្នកមិនបានទទួលសេចក្តីប្រកាសពីការបដិសេធលិខិតឆ្លងដែនរបស់អ្នកក្នុងរយៈពេល ៣ ថ្ងៃ ក្រោយពីថ្ងៃដែលអ្នកទទួលបានសេចក្តីប្រកាសនៃការបដិសេធ AFDC នោះ អ្នកត្រូវតែបញ្ជូនព័ត៌មានបន្ថែមទៅការិយាល័យលិខិតឆ្លងដែនក្នុងរយៈពេល ៦០ ថ្ងៃ ចាប់ពីថ្ងៃដែលអ្នកទទួលបានសេចក្តីប្រកាសនៃការបដិសេធ។ ការិយាល័យលិខិតឆ្លងដែនមិនទទួលយកព័ត៌មានបន្ថែមដែលបានដាក់ជូនក្រោយរយៈពេល ៦០ ថ្ងៃ ឡើយ។

☐ ការសម្រេចចិត្ត/សំណូមពរ របស់លោក អ្នក សុំការដកសំណើសុំលិខិតឆ្លងដែនរបស់អ្នកវិញ ដែលបានចុះហត្ថលេខាដោយ _____ ត្រូវបានបដិសេធ ដោយ :

☐ ការសម្រេចចិត្ត/សំណូមពរ របស់លោក អ្នក សុំការដកសំណើសុំលិខិតឆ្លងដែនរបស់អ្នកវិញ ដែលបានចុះហត្ថលេខាដោយ _____ ត្រូវបានបដិសេធ ដោយ :
ការិយាល័យលិខិតឆ្លងដែន ឬ ក្រសួងការបរទេស និងកិច្ចសហប្រតិបត្តិការអន្តរជាតិ ដោយសារតែការសម្រេចចិត្តរបស់ក្រសួងសន្តិសុខមាតុភូមិ។ ដើម្បីស្នើសុំការពិនិត្យឡើងវិញលើការសម្រេចចិត្តនេះ អ្នកត្រូវតែសរសេរសំបុត្រទៅកាន់ក្រសួងសន្តិសុខមាតុភូមិ (Country) ។ លោក អ្នក ត្រូវតែសរសេរសំបុត្រទៅកាន់ក្រសួងសន្តិសុខមាតុភូមិ ដើម្បីស្នើសុំការពិនិត្យឡើងវិញលើការសម្រេចចិត្តនេះ។ ក្នុងសំបុត្រនេះ អ្នកត្រូវតែបញ្ជាក់ពីមូលហេតុដែលអ្នកជឿជាក់ថា ការសម្រេចចិត្តនេះគឺមិនត្រឹមត្រូវ។ អ្នកក៏ត្រូវតែផ្តល់ព័ត៌មានបន្ថែមដែលអ្នកចង់ឱ្យក្រសួងសន្តិសុខមាតុភូមិពិចារណាផងដែរ។ ក្រសួងសន្តិសុខមាតុភូមិនឹងពិនិត្យឡើងវិញលើការសម្រេចចិត្តរបស់ខ្លួន ហើយនឹងផ្តល់ជូនអ្នកនូវលទ្ធផលនៃការពិនិត្យឡើងវិញនេះ។

☐ ការសម្រេចចិត្តបដិសេធ របស់លោក អ្នក គឺ **មិនមានសំវាស** ។

☐ លោក អ្នកត្រូវបានផ្តល់ ឯកសារ ដែលលោក អ្នកត្រូវការដើម្បី ទទួលបានលិខិតឆ្លងដែនថ្មី ដែលមានសុពលភាពរយៈពេល ១ ឆ្នាំ ដែលលោក អ្នកនឹងទទួលបាន ដោយមិនគិតថ្លៃ ក្នុងរយៈពេល ២ ថ្ងៃធ្វើការ ចាប់ពីថ្ងៃដែលលោក អ្នកបានដាក់ពាក្យស្នើសុំ។

☐ លោក អ្នកត្រូវតែផ្តល់ឯកសារដែលត្រូវការខាងក្រោមនេះ ដូចជា _____ ឬ ដើម្បីដាក់ពាក្យស្នើសុំលិខិតឆ្លងដែនថ្មី ដែលមានសុពលភាពរយៈពេល ១ ឆ្នាំ ដែលលោក អ្នកនឹងទទួលបាន ដោយមិនគិតថ្លៃ ក្នុងរយៈពេល ២ ថ្ងៃធ្វើការ ចាប់ពីថ្ងៃដែលលោក អ្នកបានដាក់ពាក្យស្នើសុំ។ ប្រសិនបើលោក អ្នកមិនផ្តល់ឯកសារដែលត្រូវការខាងលើ ទេ នោះលោក អ្នកនឹងត្រូវដាក់ពាក្យស្នើសុំលិខិតឆ្លងដែនធម្មតា ដែលមានតម្លៃ ដែលមានសុពលភាពរយៈពេល ១ ឆ្នាំ ដែលលោក អ្នកនឹងទទួលបាន ក្នុងរយៈពេល ២ ថ្ងៃធ្វើការ ចាប់ពីថ្ងៃដែលលោក អ្នកបានដាក់ពាក្យស្នើសុំ។

ការពន្យល់ផ្សេងទៀត

ចំណាំ: ចម្លងទំព័រនេះ មុនពេលបំពេញ ដើម្បីទុកសម្រាប់ប្រើប្រាស់នៅពេលអនាគត ប្រសិនបើចាំបាច់ ។

សិទ្ធិនៃសេចក្តីបណ្តឹងរបស់លោកអ្នក

ការសុំសវនាការសេចក្តីបណ្តឹងរបស់រដ្ឋ

[illegible] ៖

- [illegible] ៩០ ថ្ងៃ [illegible] ៖
- [illegible] ៖
- [illegible] ៖

[illegible]

[illegible] ៖

- [illegible] ៖
- [illegible] ៖
- [illegible] ៖
- [illegible] ៖

[illegible]

[illegible] ៖

☐ ប្រាក់ជំនួយ ☐ ប័ណ្ណទិញម្ហូប

ទទួលជំនួយ

[illegible]

[illegible] 1-800-952-5253

[illegible] TDD [illegible] 1-800-952-8349

[illegible] ៖

[illegible] ៖

ព័ត៌មានផ្សេងទៀត

[illegible] ៖

[illegible] ៖

[illegible] 10950) ៖

របៀបស្នើសុំសេចក្តីបណ្តឹងរបស់រដ្ឋ

[illegible] !

[illegible] 1-800-952-5253

[illegible]

[illegible] ________ [illegible]

☐ ប្រាក់ជំនួយ ☐ ប័ណ្ណទិញម្ហូប ☐ [illegible]

☐ [illegible] ________

[illegible]: ________

____

____

____

____

____

____

____

____

____

____

[illegible] ([illegible]) :

____

____

____

[illegible] :

ឈ្មោះ : ________

អាសយដ្ឋាន : ________

____

ទូរស័ព្ទ : ________

ហត្ថលេខា : ________

ថ្ងៃខែឆ្នាំ : ________

NA BACK 6 (5/87) CAMBODIAN

拒絕或未決定情況通知

郡名：

加州健康福利部
社會服務處

通知日期：
案件姓名：
號碼：
工作人員姓名：
郵碼：
電話：
地址：

(收信人)

有問題嗎？可以問你的工作員。

申聽證：假如你認為這項行動是錯誤的話，你可以請求聽證。本頁反面會告訴你怎樣進行。假如你在採取行動以前請求聽證的話，你的福利可能不會改變。

☐ 你家庭糧食券的申請被拒絕，因為：

☐ 假如你在 _____ 以前作到下列的話，你的申請表就可重新受理：

假如你在這個日期以前不作這些事，而你要領取糧食券的話，你就必須重新申請。

☐ 你的家庭不能得到糧食券，直到 _____ 理由是因為你的申請被拒絕。你到那個時候可以再申請。

☐ 假如你領取貧困子女家庭補助金的話，你可能可以得到糧食券。假如在你的貧困子女家庭補助金被批准後的15天之內沒有收到糧食券通知的話，請和你的貧困子女家庭補助金的工作員連絡有關糧食券事宜。

☐ 你 _____ 日期的償還糧食券福利申請/請求表被拒絕，因為：

☐ 你 _____ 日期的償還糧食券福利申請/請求表被拒絕，因為申請的所在郡不對。你必須在你的福利被拒絕或領取的郡要求那些福利。

☐ 你糧食券的申請尚未被決定。

☐ 你已經作到你應該作的事。我們要在處理你的案件，我們會儘快給你回音。
☐ 你必須在 _____ 以前作到下列的事，否則你的申請表就會被拒絕，而不另發通知給你。
並且假如你現得到糧食券的話，你必須重新申請：

評語

法規：這些條例適用。你可以在你的福利所查詢這些法規。

你的聽証權利

請求州聽証的方式

這張紙上的右邊告訴你怎樣進行

- 你只有90天的時間請求聽証
- 90天是從我們寄出這份通知後的那一天開始算起.
- 假如你要使你的福利保持不變的話,你請求聽証的時間要短得多.

在你等待聽証時,要使你的福利保持不變的方式

你必須在採取行動以前請求聽証

- 你的現金補助會一直保持不變直到你的聽証.
- 你的加州醫藥保險會一直保持不變直到你的聽証.
- 你的糧食券會一直保持不變直到聽証或是証明期間結束,這要取決於那一個在先而定.
- 假如聽証決定說明我們是對的話,你就欠我們你領取的一切額外現金補助或糧食券.

現在要縮減你的福利的方式

在你等待聽証時,假如你要縮減你的現金補助或糧食券福利的話,請在一個或二個格子中作記號.

☐ 現金補助　　☐ 糧食券

要得到幫助的方式

你可以在州政府詢問組請教有關你的聽証權利或是免費法律服務.

請打對方付費號碼　　1-800-952-5253
假如你是聾者並且使用聾者電傳機,請打 1-800-952-8349

假如你不願意單獨來聽証的話,你可以帶一位朋友律師,或是任何其他的人來.你必須自己找那個人.

你可以在你當地法律服務辦事處或福利權利組得到免費法律服務.

其他資料

子女撫養:即使你沒有領取現金補助,地方檢察官可以幫助你收取子女撫養費.對於此等幫助,你不需要付錢.假如現在他們為你收取子女撫養費,他們會繼續這樣做下去,除非你寫信告訴他們停止這樣做.他們將寄給你收取到的目前撫養費.他們會把收取到之郡政府過期的錢保留.

家庭計劃:只要你請求,就可以在郡福利所取得有關資料.

聽証檔案:假如你請求聽証的話,州政府聽証秘書處將設立一份檔案.你有權查看這份檔案.州政府可能會把你的檔案交給福利所,聯邦衛生與人文服務部和聯邦農業部.(福利與惹善法規第10950條).

A BACK 6 (5/87) Chinese

怎樣請求州聽証

請求聽証的最好方式是填寫這一頁並且寄到或送到:

你也可以打電話 1-800-952-5253

聽証請求

我要求聽証是為了 _____ 郡福利所採取的行動,有關我的:

☐ 現金補助 ☐ 糧食券 ☐ 加州醫藥保險
☐ 其他(請列舉) _____

理由如於: _____

我將帶這一位人士出席聽証以幫助我
(姓名和地址,假如知道的話):

我需要一位口譯員,記不需要花錢.
我的語言或方言是: _____

我的姓名: _____

地址: _____

電話: _____

我的簽名: _____

日期: _____

63-1230 STATE FORMS & INSTRUCTIONS (Continued)

DFA 377.1 (1/88)

Form Instructions
(for the Eligibility Worker)

NOTICE OF APPROVAL

Purpose:

The DFA 377.1 is used by the Eligibility Worker to notify a household of the approval of its food stamp application.

The back of the DFA 377.1 explains the household's right to request a hearing and provides instructions on how to appeal the action.

Preparation:

Complete an original and two copies of the DFA 377.1 entering the following identifying information:

- Head of Household's Name and Mailing Address
- Notice Date
- Case
  - Name
  - Number
- Worker
  - Name
  - Number
  - Telephone
  - Address

Enter the beginning and ending dates of the household's certification period; the amount and date of the allotment, and the number of household members; the amount and dates of any known changes in the allotment and the number of household members; and any of the following as appropriate:

- If the approval is based upon the household being categorically eligible, check the box that begins "Your Food Stamp eligibility starts...".

- If the first allotment contains more than one month's benefits (prorated first-month benefits and second-month benefits issued in the second month), check the box that begins: "Your first month's benefits include more than one month's benefits...".

- If the first-month's benefits were prorated, check the box that begins: "Your first month's benefits were prorated...".

- When a categorically eligible household is entitled to zero ($0) benefits, check the box that begins "Your household's income is too high right now...".

- If the household's first month's benefits are suspended, check the box that begins "Your household's benefits ...have been suspended...". Enter the month for which benefits have been suspended and enter the reason for the suspension.

- If the household is assigned a certification period of longer than one month, and if expedited service was provided and verification was postponed, check the box that begins "Because you needed food stamps right away...". List the information the household must provide. Enter the date by which the household must provide the information (30 days from the date the application was filed except for migrants who need out-of-state verification and who are allowed 60 days from the date of application). If the date by which a household must provide verification falls on a weekend or holiday, enter the date for the business day immediately following the weekend or holiday.

63-1230 STATE FORMS & INSTRUCTIONS (Continued) 63-1230

DFA 377.1 (1/88)

Form Instructions
(for the Eligibility Worker)

NOTICE OF APPROVAL (Continued)

Preparation: (Continued)

If the household does not provide the requested information by the specified date, no further notice is required to terminate the household's participation. If the household provides the information and it results in a change in eligibility or benefits, a Notice of Change (DFA 377.4), must be issued by no later than the date benefits are issued or in place of the benefits.

If the household subsequently receives cash aid, and food stamp benefits are reduced or terminated, no additional notice is required.

Rules

Enter the applicable specific manual section(s) for the action(s).

Distribution

The original and one copy are provided to the household. The second copy is filed in the case record.

63-1230 STATE FORMS & INSTRUCTIONS (Continued) 63-1230

DFA 377.1A (1/88)

NOTICE OF DENIAL OR PENDING ACTION (Continued)

Pending

Check the Pending box when an initial application or untimely application for recertification has not been processed in accordance with application processing standards and one of the following as applicable:

- If the county is at fault, check the box that begins "You have done what you need to do...".

- If the household must take some action to complete the application process, check the box that begins "You must do the following before _____...". Enter the date by which the action must be taken and list the required action. If the date by which a household must take some action falls on a weekend or holiday, enter the date for the business day immediately following the weekend or holiday.

If the household fails to provide the requested information by the specified date, no further notice is required to deny the application.

Rules

Enter the applicable manual section(s) for the action(s).

Distribution

The original and one copy are provided to the household. The second copy is filed in the case record.

63-1230 STATE FORMS & INSTRUCTIONS (Continued) 63-1230

DFA 377.1A (1/88)

NOTICE OF DENIAL OR PENDING ACTION

Purpose:

The DFA 377.1A is used by the Eligibility Worker to notify a household of the denial or pending status of its food stamp application.

The back of the DFA 377.1A explains the household's right to request a hearing and provides instructions on how to appeal the action.

Preparation:

Complete an original and two copies of the DFA 377.1A entering the following identifying information:

- Head of Household's Name and Mailing Address
- Notice Date
- Case
  - Name
  - Number
- Worker
  - Name
  - Number
  - Telephone
  - Address

Denial:

Check the Denial box when an application has been denied, enter the reason(s) for the denial, and any of the following as applicable:

- If the county has elected the option of denying all applications not processed at the end of the 30-day application processing period due to the household's fault, check the box that begins "If you do the following by...". Enter the date by which action must be taken to reopen the application and enter the action which must be taken.

- If the application was denied because (1) the principal work registrant refused to comply with work registration requirements of 63-407.4 or quit a job without good cause, (2) the household transferred resources in order to become eligible for food stamp benefits, (3) or a one-person household refused to provide an SSN, check the box that begins "Your household cannot get food stamps until...". Enter the date which is the end of the disqualification period.

- If a principal work registrant is denied for noncompliance, the DFA 377.10 must also be sent to show the action to end the disqualification period.

- For an SSN disqualification, the individual is disqualified until an SSN is provided.

  NOTE: **To disqualify recipient households** for refusal to comply with the work registration requirements of Section 63-407.4 or when the principal work registrant voluntarily quits a job per Section 63-408.2, **use the DFA 377.10**, not the DFA 377.1A.

- If the application was denied and the household may be categorically eligible because its AFDC application is pending, check the box that reads "If you get AFDC, you may be able to get food stamps...".

- If an application or request for back benefits is filed in the correct county but is denied, check the **first** box that begins "Your application/request for back Food Stamp benefits...". Enter the date of the application or request and provide the reason(s) for the denial.

- If an application or request for back benefits is denied because the application was filed in the wrong county, check the **second** box that begins "Your application/request for back Food Stamp benefits...".