糧食券計畫
證明過期通知

如果你對此項行動有任何疑問，或需要更多的資訊，
請跟你的工作員連絡。

-
-
-
-

案件姓名 :
案件號碼 :
區域 :
工作員 :
電話號碼 :
通知日期 :

1. 你現行的糧食券證明期將在_____ 結束。
   - ☐ 你重新證明的申請正在處理中。

2. 假如你盼望現行的證明期結束後不間斷地繼續領取糧食券，你必須：
   - ☐ 在不遲於 _____ 的日期之前遞進填寫妥當的季報表（QR7），填好所附上的申請表，並將申請表交回郡福利部門，日期不要遲於你重新證明的約談時間（請看下列第 3 項）。
   - ☐ 遞交填寫妥當的季報表（QR7），表格收到日期不可遲過_____。
   - ☐ 將申請表填好，並將其交回郡福利部門，表格收到日期不可遲過_____。

3. 要保證你重新證明的申請馬上得到處理，你必須：
   - ☐ 在_____ 赴約面談，地點在：
     - ☐ 你若想攜帶你填寫妥當的季報表（QR7）赴約，你可以這麼做。
   - ☐ 打電話約定面談時間。
   - ☐ 郵寄 / 攜帶你的申請表至：
   - ☐ 打電話索取申請表。
   - ☐ 請做下列事項，以便完成你的申請手續：

如果你的回覆遲於以上第二項所標明的日期，你可能須要等候長至 30 天，你申請的最後手續才完成。 **此外，你新證明期的第一個月之福利會以你當得的數額按比例計算。**

- ☐ **假如你不即時申請是有合理的理由，你應當告訴郡福利部門。如果郡福利部門判定你的理由合理，你可有權復得你失去的福利。**

假如你錯過你約定的面談時間，並且你有合理的理由，你應當告訴郡福利辦事處。如果郡福利辦事處判定是你所不能控制的情況使你不能赴約，就會約定第二次面談時間。

你有權利任何時候向郡政府索取申請，並請求郡政府接受你的申請。如果你和 / 或你的授權代表無法親臨郡福利辦事處重新申請，並且你有正當理由為何無法親臨，你應當打在上面列出的電話號碼告訴郡福利部門。我們可以安排一位工作員去你家，或者以電話跟你或你的授權代表約談。

以上行動是下列糧食券手冊條例所規定的：

假如你不同意上述任何規定，你有權請求州聽證。請參閱本通知反面的州聽證請求。

你的聽證權利

假如你不同意郡政府所採取的任何行動的話，你有權利請求聽證。你只有90天的時間請求聽證。90天開始於郡政府發給你或寄給你通知後的那一天。

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

- 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。
- 你的糧食券保持不變，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 ☐ 糧食券 ☐ 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，我們將以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。

子女撫養費和／或醫藥方面撫養費：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收取撫養費。假如他們現在為你收取撫養費的話，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撫養費。但他們將保留收取到的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** 或者對聽或說有障礙，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 ☐ 糧食券 ☐ 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