Thông báo Quyết định

Nếu quý vị có thắc mắc gì hoặc cần thêm thông tin về quyết định này, vui lòng liên lạc với nhân viên phụ trách nhận con nuôi của quý vị.

Tên Hồ Sơ:
Số Hồ Sơ:
Nhân viên Phụ trách Nhận Con nuôi/
Sau khi Nhận Con nuôi:
Số Điện Thoại:
Email:
Ngày:

Mô tả Quyết định. Có hiệu lực _____ , quyết định sau đây sẽ được thực hiện liên quan đến quyền lợi Chương trình Giúp đỡ Nhận Con nuôi (AAP) của quý vị:
NGÀY

A. ☐ Mức tiền thương lượng hằng tháng là $ _____ đã được chấp thuận.

B. ☐ Quyền lợi Chương trình Medi-Cal/Medicaid của con quý vị đã được chấp thuận.

C. ☐ Con của quý vị không đáp ứng điều kiện tiêu chuẩn nhận quyền lợi của AAP. (xem phần nhận xét)

D. ☐ Con của quý vị không hội đủ điều kiện để nhận được những phúc lợi được yêu cầu. (xem phần nhận xét)

☐ Mức tiền thương lượng hằng tháng đã được tăng lên $ _____.

A. ☐ Quý vị đã ký bản sửa đổi Thỏa thuận AAP

B. ☐ Do Chỉ số Cần thiết California (CNI) Tăng trong Năm Tài khóa _____.

☐ Mức tiền thương lượng hằng tháng đã được giảm xuống $ _____.

A. ☐ Quý vị đã ký bản sửa đổi Thỏa thuận AAP.

B. ☐ Quý vị đã chỉ yêu cầu phúc lợi Medi-Cal/Medicaid.

C. ☐ Mức tiền này cao hơn so với những gì con quý vị sẽ hội đủ điều kiện để nhận được nếu chúng không được nhận làm con nuôi.

D. ☐ Dịch vụ sắp xếp nhà cho con của quý vị đã chấm dứt.

E. ☐ Dịch vụ Wraparound của con quý vị đã chấm dứt.

☐ Quý vị đã ký bản hoãn lại thỏa thuận AAP. Nếu con của quý vị yêu cầu phúc lợi AAP trong tương lai, liên lạc với Dịch vụ Sau khi Nhận Con nuôi tại _____.

☐ Phúc lợi AAP của con quý vị, bao gồm cả bảo hiểm Medi-Cal sẽ chấm dứt khi:

A. ☐ Con quý vị 18 tuổi.

Con quý vị có thể hội đủ điều kiện nhận phúc lợi AAP gia hạn đến 21 tuổi. Hãy liên lạc với Dịch vụ Sau khi Nhận Con nuôi tại _____ để yêu cầu gia hạn phúc lợi trước sinh nhật lần thứ 18 của con quý vị nếu:
SỐ ĐIỆN THOẠI

☐ Chúng bị khuyết tật về tâm thần hoặc thể chất.

HOẶC

☐ Thỏa thuận AAP ban đầu đã được ký kết vào ngày hoặc sau ngày sinh nhật thứ 16 của con quý vị và một trong 5 tiêu chuẩn tham gia được đáp ứng:

1. Hoàn tất trung học hoặc một chương trình tương đương.
2. Ghi danh vào trường sau bậc trung học hoặc trường dạy nghề.
3. Tham gia vào một chương trình hoặc sinh hoạt thúc đẩy hoặc loại bỏ các rào cản về việc làm.
4. Làm việc ít nhất 80 giờ mỗi tháng.
5. Không có khả năng tham gia vào mục 1 đến 4 ở trên, do tình trạng về thể chất hoặc tâm thần được chứng nhận.

B. ☐ Con quý vị 21 tuổi.

C. ☐ Quý vị không còn chịu trách nhiệm về mặt pháp lý cho con của mình.

a. ☐ Con quý vị đã kết hôn

b. ☐ Con quý vị đã ghi danh và đang phục vụ trong quân đội.

c. ☐ Quyền làm cha mẹ của quý vị đã chấm dứt.

D. ☐ Quý vị không còn giúp đỡ con quý vị nữa.

☐ Số tiền thanh toán dư là $_____ đã xảy ra trong thời gian từ _____ đến_____ :

NGÀY/THÁNG THANH TOÁN	TỔNG SỐ TIỀN NHẬN ĐƯỢC	SỐ TIỀN ĐÁNG LẼ NHẬN ĐƯỢC	NGÀY/THÁNG THANH TOÁN	TỔNG SỐ TIỀN NHẬN ĐƯỢC	SỐ TIỀN ĐÁNG LẼ NHẬN ĐƯỢC

☐ Quý vị đã được trả dư do quý vị không báo cáo:

A. ☐ Quý vị không còn giúp đỡ con quý vị nữa.

B. ☐ Quý vị không còn chịu trách nhiệm về mặt pháp lý cho con của mình

a. ☐ Con quý vị đã kết hôn

b. ☐ Con quý vị đã ghi danh và đang phục vụ trong quân đội

c. ☐ Quyền làm cha mẹ của quý vị đã chấm dứt

☐ Quý vị có thể đã khai gian trong đơn xin hoặc đơn thẩm định lại những phúc lợi AAP, và do đó đã nhận ngân phiếu/tiền gửi vào mà con của quý vị đã không có quyền nhận được.

Mô tả về gian lận bị cáo buộc:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Quận sẽ không yêu cầu thu nộp tiền dư khi số tiền thanh toán dư là do lỗi của quận.

Nhận xét:

Quy định: *Thông báo này là bắt buộc bởi các quy định sau đây của tiểu bang có thể được xem tại Cơ quan Nhận Con nuôi: Đạo luật Quy định California Tiêu đề 22, Đoạn 2, Chương 3, Tiểu chương 7, Điều khoản 1-10, các Mục 35325-35352.2*

Phiên điều trần Tiểu bang: *Nếu quý vị không hài lòng với thông báo này, trợ cấp của quý vị có thể tiếp tục không thay đổi nếu quý vị yêu cầu Phiên điều trần Tiểu bang trước ngày thông báo có hiệu lực. Hãy đọc mặt sau để biết thông tin quan trọng về quyền khiếu nại quyết định này.*

QUYỀN ĐIỀU TRẦN CỦA QUÝ VỊ

Quý vị có quyền yêu cầu một phiên điều trần nếu quý vị không đồng ý với bất kỳ quyết định nào của quận. Quý vị chỉ có 90 ngày để xin điều trần. 90 ngày bắt đầu một ngày sau khi quận đã đưa hoặc gửi thư cho quý vị thông báo này. Nếu quý vị có lý do chính đáng là tại sao quý vị không thể nộp đơn xin một phiên điều trần trong vòng 90 ngày, quý vị vẫn có thể nộp đơn xin một phiên điều trần. Nếu quý vị cung cấp lý do chính đáng, một phiên điều trần có thể vẫn được lên lịch.

Nếu quý vị yêu cầu một phiên điều trần <u>trước</u> khi có quyết định về chương trình Trợ cấp Tiền mặt, Medi-Cal, CalFresh, hoặc Chăm sóc Trẻ em:

- Chương trình Trợ cấp Tiền mặt hoặc Medi-Cal của quý vị sẽ giữ nguyên trong khi chờ đợi một phiên điều trần.
- Dịch vụ Chăm sóc Trẻ em của quý vị có thể giữ nguyên trong khi chờ đợi một phiên điều trần.
- Phúc lợi CalFresh của quý vị sẽ giữ nguyên cho đến phiên điều trần hoặc đến hết kỳ chứng nhận của quý vị, tuỳ thời điểm nào sớm hơn.

Nếu quyết định điều trần nói rằng chúng tôi là đúng, quý vị sẽ còn nợ chúng tôi cho bất kỳ chương trình Trợ cấp Tiền mặt, CalFresh hoặc Dịch vụ Chăm sóc Trẻ em mà quý vị đã nhận. Để chúng tôi giảm hoặc ngưng phúc lợi của quý vị trước phiên điều trần, đánh dấu dưới đây:

Có, giảm hoặc ngưng: ☐ Trợ cấp Tiền mặt ☐ CalFresh
☐ Chăm sóc Trẻ em

Trong khi Quý vị Chờ một Quyết định Điều trần cho:

<u>Chương trình Từ phúc lợi sang Việc làm:</u>

Quý vị không cần phải tham gia vào các sinh hoạt.

Quý vị có thể nhận các khoản thanh toán của việc giữ trẻ cho công việc và cho các sinh hoạt của quận đã được phê duyệt trước thông báo này.

Nếu chúng tôi cho quý vị biết là các khoản thanh toán dịch vụ hỗ trợ khác của quý vị sẽ ngưng lại, thì quý vị sẽ không nhận được bất kỳ khoản thanh toán nào nữa, ngay cả khi quý vị đi đến buổi sinh hoạt của quý vị.

Nếu chúng tôi cho quý vị biết là chúng tôi sẽ trả tiền cho các dịch vụ hỗ trợ khác của quý vị, các dịch vụ đó sẽ được thanh toán theo số tiền và theo cách mà chúng tôi cho quý vị biết trong thông báo này.

- Để có được những dịch vụ hỗ trợ, quý vị phải đi đến các buổi sinh hoạt mà quận thông báo cho quý vị tham dự.
- Nếu tổng số các dịch vụ hỗ trợ mà quận trả tiền trong khi quý vị chờ đợi một quyết định điều trần là không đủ để quý vị tham dự, quý vị có thể ngưng đi đến các buổi sinh hoạt.

<u>Cal-Learn:</u>

- Quý vị không thể tham gia vào Chương trình Cal-Learn nếu chúng tôi cho quý vị biết là chúng tôi không thể phục vụ quý vị.
- Chúng tôi sẽ chỉ chi trả cho dịch vụ hỗ trợ Cal-Learn cho một sinh hoạt đã được phê duyệt.

THÔNG TIN KHÁC

Hội viên Chương trình Chăm sóc Quản lý Medi-Cal: Quyết định trên thông báo này có thể ngăn không cho quý vị nhận các dịch vụ từ chương trình y tế chăm sóc quản lý của quý vị. Quý vị có thể muốn liên lạc với dịch vụ bảo hiểm sức khỏe hội viên nếu quý vị có thắc mắc.

Hỗ trợ Trẻ em và/hoặc Y tế: Cơ quan hỗ trợ trẻ em địa phương sẽ giúp thu thập hỗ trợ miễn phí ngay cả khi quý vị không có chương trình trợ cấp tiền mặt. Nếu bây giờ họ thu tiền trợ cấp cho quý vị, họ sẽ tiếp tục làm như vậy trừ khi quý vị gửi văn bản kêu họ ngưng lại. Họ sẽ gửi tiền trợ cấp thu được hiện tại nhưng sẽ giữ lại số tiền thu được đã quá hạn mà còn nợ quận.

Chương trình Kế hoạch hoá Gia đình: Văn phòng phúc lợi của quý vị sẽ cung cấp thông tin khi quý vị yêu cầu.

Hồ sơ Điều trần: Nếu quý vị yêu cầu một phiên điều trần, Văn phòng Điều trần Tiểu bang sẽ thiết lập một hồ sơ. Quý vị có quyền xem hồ sơ này trước phiên điều trần và để lấy bản sao bằng văn bản của quận về trường hợp của quý vị ít nhất hai ngày trước phiên điều trần. Tiểu bang có thể đưa hồ sơ điều trần của quý vị tới Bộ Phúc lợi và Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh và Nông nghiệp Hoa Kỳ. **(W&I Đạo luật Mục 10850 và 10950.)**

YÊU CẦU PHIÊN ĐIỀU TRẦN:

- **Điền vào trang này.**
- Làm một bản sao của mặt trước và mặt sau trang này cho hồ sơ của quý vị.
  Nếu quý vị yêu cầu, viên chức sẽ giúp quý vị có được một bản sao của trang này.
- **Gửi hoặc đưa trang này tới:**

HOẶC

- **Gọi số điện thoại miễn phí: 1-800-952-5253 hoặc** cho người dùng TDD do bị khiếm thính hoặc khiếm âm, **1-800-952-8349.**

Để nhận được Sự giúp đỡ: Quý vị có thể hỏi về các quyền điều trần hoặc được sự giới thiệu tới trợ giúp pháp lý qua số điện thoại miễn phí của tiểu bang đưa ra ở trên. Quý vị có thể nhận được sự giúp đỡ pháp lý miễn phí tại văn phòng trợ giúp pháp lý hoặc văn phòng phúc lợi.

Nếu quý vị không muốn đi đến phiên điều trần một mình, quý vị có thể đưa một người bạn hoặc một người nào đó đi với quý vị.

YÊU CẦU PHIÊN ĐIỀU TRẦN

Tôi muốn có một phiên điều trần do quyết định của Bộ Phúc lợi của _____ Quận về chương trình:

☐ Trợ cấp Tiền mặt ☐ CalFresh ☐ Medi-Cal
☐ Chương trình khác (danh sách) _____

Đây là Lý do Tại sao: _____

_____

_____

_____

_____

_____

☐ **Nếu quý vị cần nhiều khoảng trống hơn, đánh dấu ở đây và thêm trang giấy.**

☐ Tôi cần tiểu bang cung cấp cho tôi một thông dịch viên miễn phí. (Một người bạn hoặc thân nhân không thể thông dịch cho quý vị tại phiên điều trần.)

Ngôn ngữ hoặc ngôn ngữ địa phương của tôi là: _____

TÊN CỦA NGƯỜI MÀ PHÚC LỢI ĐÃ BỊ TỪ CHỐI, THAY ĐỔI HOẶC NGƯNG LẠI		
NGÀY SINH	SỐ ĐIỆN THOẠI	
ĐỊA CHỈ		
THÀNH PHỐ	TIỂU BANG	MÃ BƯU ĐIỆN
CHỮ KÝ	NGÀY	
TÊN CỦA NGƯỜI HOÀN TẤT MẪU ĐƠN NÀY	SỐ ĐIỆN THOẠI	

☐ **Tôi muốn những người có tên dưới đây đại diện cho tôi tại phiên điều trần này. Tôi cho phép người này xem hồ sơ của tôi hoặc đi đến phiên điều trần cho tôi. (Người này <u>có thể</u> là bạn hoặc thân nhân nhưng không thể thông dịch cho quý vị.)**

TÊN	SỐ ĐIỆN THOẠI	
ĐỊA CHỈ		
THÀNH PHỐ	TIỂU BANG	MÃ BƯU ĐIỆN