郡

糧食券計畫改變通知
給有改變
就報告家庭

通知日期 : _____

案件
姓名 : _____
號碼 : _____

工作員
姓名 : _____
號碼 : _____
電話號碼 : _____
地址 : _____

(ADDRESSEE)

假如你有任何疑問，或你須要更多關於此項行動的資訊，請跟你的工作員連絡。

州聽證： 假如你認為此項行動是錯誤的，你可以請求聽證。本頁反面告訴你如何請求聽證。如果你已經舉行過關於超額發放償還理由的聽證，你就不可再度請求聽證；除非你認為償還超額發放導致你現在領取的糧食券金額有誤。

☐ 福利改變

自 _____ 起開始生效，你的糧食券福利金額將由每月 $ _____ 改至 $ _____ ，因為：

☐ **你已經得知糧食券超額發放給你，並且現在你領取的糧食券較前為少，因為郡政府已將你每月的配額減少了10%或$10（兩者取其高）以付還你所得到的不當得的糧食券。法庭或州聽證會，或你簽署的同意取銷資格協議書（或取消資格行政聽證棄權書）已判定此超額發放乃屬蓄意違犯福利計畫規則。因為郡政府可以開始將你的配額減少20%或$10（兩者取其高），因此現在你的每月配額被改變。假如你每月的糧食券配額有任何其他的改變，此表格會告訴你。**

☐ 擬訂施行的福利改變

自 _____ 起開始生效，你的糧食券福利可能會減少或終止，因為決定你是否繼續合於資格，或者決定你福利正確金額所須之資訊沒有隨同你的改變報表（DFA 377.5）一起收到。我們必須在下個月第一天之前收到下列資訊：

假如你不提供我們要求一筆開銷的證據，那麼下個月福利的核算就不會將那筆開銷計算在內。此外，如果你不提供我們索求的其他資訊，你的福利就會減少或終止。

法規： 這些條例適用於以上行動：
你可以在你的福利辦事處查閱。

☐ 福利沒有改變

你的糧食券福利沒有因我們收到的文件/資訊而改變，因為：

☐ 終止

自 _____ 起生效，你的糧食券福利將終止，因為：

☐ 基於你福利終止之原由，你的家庭參與糧食券計畫的資格也將取消直到 _____。在取消資格期結束時，你可以重新申請福利。

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