

行動通知 - 停止使用限制性帳戶

郡

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

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

(ADDRESSEE)



有問題嗎？可以問你的工作人員。

州聽證：假如你認為採取的行動是錯誤的話，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，你的福利不會改變。

說明：當限制性帳戶被誤用時，給孩子的Kin-GAP現金補助就會停發，並有一段時間被定為處罰期。請填寫停發補助的有效日期，此孩子的姓名，以及取消資格的結束日期。請在下面選擇適當的項目。在表NA290的右側，打印出計算數目，並請填好計算表的段落。

自 _____ 起直到 _____，縣政府將停發 _____ 的Kin-GAP補助。

原因為：

- 此孩子從限定性帳戶收到現金，但沒有在30天之內做到：
 - 用於允許的花費項目。
 - 將超出允許項目的現金存回限定性帳戶。
 - 給縣政府提供此孩子從限定性帳戶提取現金的證明。
 - 在孩子從限定性帳戶中提取現金之前，給縣政府提供一個帳戶平衡單的證明。
 - 給縣政府提供此孩子是怎樣花費帳戶現金的證明。

之所以以上的項目被標定，是因為您錯過了截止日期。想阻止縣政府的此項決定(或想在處罰結束日期前重新給此孩子申請Kin-GAP補助)，您必須向縣政府提供很好的理由來解釋遲交的原因。請馬上通知您的工作人員。

- 此孩子從限制性帳戶收到現金，並使用部份或全部現金于非准許的費用上。
- 孩子的限制性帳戶給了利息。

1. 限制性帳戶總金額..... \$ _____
2. 允許花費額..... - _____
3. 總數額..... = _____
4. 基本需要， _____ 人數..... \$ _____
5. 特別需要..... + _____
6. 基本需要的總額..... = _____
7. 月數..... = _____

儘管此孩子的Kin-GAP被停發，他(她)仍然可以繼續得到加州醫療保險(Medi-Cal)。

請填寫並且寄回附帶的過渡性加州醫療保險表(TMC)。