

採取行動通知

郡

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，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。

每月現金補助金額

A 欄。 可計算收入，_____ 月份

1. 自己是僱主的收入總金額..... \$ _____
 2. 自己是僱主的花費：
 - a. 40% 標準 - _____
 - 或
 - b. 實際花費 - _____
 3. 得自自己是僱主的淨收入..... = _____
 4. 基於殘障非賺得收入總金額
(補助單位+非補助單位成員) \$ _____
 5. \$225 減免額 (如果#4 是多過 \$225) - _____
 6. 非免除的基於殘障非賺得收入 = _____
 - 或
 7. 減免額中未使用部份的金額 (高達 \$112) = _____
 8. 得自自己是僱主的淨收入 (如上所示) + _____
 9. 其它賺得收入總金額 + _____
 10. \$225 減免額中未使用部份的金額 (從#7)
(以低者為準) - _____
 11. 小計 = _____
 12. 50%的賺得收入減免額 - _____
 13. 小計 = _____
 14. 非免除的基於殘障非賺得收入 (從#6) + _____
 15. 小計 = _____
 16. 其它非免除收入 (補助單位+非補助單位成員) + _____
- 可計算淨收入** = _____

B 欄。 可計算收入，_____ 月份

1. _____人的最高補助
(補助單位+非補助單位成員) \$ _____
2. 特殊需要 (補助單位+非補助單位成員) + _____
3. 得自A欄可計算淨收入 (如上所示) - _____
4. 小計 = _____
5. _____人的最高補助 (只是補助單位)
(不包括最高家庭補助 (MFG) 或受制裁人員) . \$ _____
6. 特殊需要 (只算補助單位) + _____
7. 最高補助小計 = _____
8. **整個月補助小計**
(第4行或第7行的最低金額) = _____
9. 第8行的部份月份按比例分配 = _____
10. 調整額：
 - 25% 子女撫養費罰款 - _____
 - 其它罰款 - _____
 - 超額罰款 - _____
 - 學校獎金 (\$100 或 \$500) + _____
11. **每月現金補助金額**
(第8行或第9行調整後金額) \$ _____

Medi-Cal: 這份採取行動通知並不改變或停止加州醫藥補助(Medi-Cal) 福利。請繼續使用你的塑料福利辨認卡。你的健康福利有任何改變，你會另外收到通知。

CalFresh : 這份採取行動通知並不 改變或停止你的糧食券福利。你的糧食券福利有任何改變，你會另外收到通知。

只領取 Medi-Cal 和/或 CalFresh 不 算在你的現金補助的時間限制內。

法規： 這些條例適用; 你可以在你的福利所查看 : MPP 44-100; 44-314; 44-315; SB 72 (Chapter 8, Statutes of 2011)

你的聽證權利

假如你不同意郡政府所採取的任何行動，你有權利請求聽證。你只有90天的時間請求聽證。開始於郡政府發給你或寄給你通知後的那一天。如果你有充份的理由為什麼你不能在90天內請求聽證，你還可以請求聽證。如果你提供充份的理由，聽證會還可能安排。

假如在對你的現金補助，加州醫藥補助(Medi-Cal)，CalFresh(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CalFresh(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：

- 是，減少或停止： 現金補助 CalFresh (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，我們將在此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。

其它資料

Medi-Cal 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。

子女撫養和/或醫藥付擔費：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領取資助。假如他們現在為你收取資助的話，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資助，但他們將收起你所欠郡政府過期未付的錢。

家庭計劃：你的福利所將把你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，你的工作人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** 或者對聽覺或言語有障礙，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，你可以帶朋友或任何人士前去。

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 CalFresh (糧食券) Medi-Cal
 其它 (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