採取行動通知

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

郡

通知日期: _____
案件名稱: _____
號碼: _____
工作員姓名: _____
號碼: _____
電話號碼: _____
地址: _____

(ADDRESSEE)

有問題嗎? 請向你的工作員查詢.

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。假如你在採取行動之前請求聽證的話，你的福利可能不會改變。如果你和郡政府不同意，或者如果你還沒有得到你工作員的回覆，請盡快要求舉行聽證會。你必須在一定的日數之前要求聽證會。請參閱本通知背面更多的信息，並了解如何要求舉行聽證會。

_____, 我們的記錄顯示你沒有:

- ☐ 在 _____ 簽署引至工作的福利計劃方案.
- ☐ 在 _____ 時參加 _____.
- ☐ 在你的 _____ 活動有良好進度，因為 _____.
- ☐ 接受 _____ 的工作.
- ☐ 保持在 _____ 的工作.
- ☐ 保持同樣金額的薪資.

我們需要跟你談話

為了使你的家庭現金補助金額被降低, 我們必須和你商談這個問題. 我們已約了跟你見面時間，在 _____, _____時, 地點在 _____. 假如你為了赴這約會須要交通工具, 請打電話給你的引至工作的福利工作員, 電話號碼如下:

引至工作的福利工作員: _____

電話號碼: _____

如果你不能赴約, 你必須打電話給你的工作員重新約定時間. 除非你有合理理由, 否則你只能重約一次. 你也可以打電話給你的工作員談此問題而不用親自赴約. 在 _____ 前, 你必須打電話給你的工作員重新約見面時間, 或者通過電話商談你的問題.

在跟你的工作員談話時, 你會被問到你是否有正當理由 (“正當原因”) 不做我們要求你做的事情. 如果我們證實你是有正當理由, 你的家庭現金補助將不會因這問題而減少. 一些正當理由的例子如沒有托兒照顧或沒有交通工具等. 其它正當理由, 請參閱隨此通知寄上的“要求確定正當理由”表格.

假如你能證明在你不做你的引至工作福利活動的時期你本應享有豁免的話, 你的家庭現金補助也不會被降低.

如果你不做我們要求你假的事項而且沒有正當理由, 你可以同意一項合作方案以達到引至工作的規定. 假如你同意合作方案並且照着方案做的話, 你的家庭現金補助將不會減少. 倘若你同意一項合作方案但後來並不照着方案所規定的做, 那麼你的家庭補助將會減少. 如果這樣的事發生, 你會收到另外一份通知.

法規: 這些規條適用: CalWORKs MPP § 42-712 (exemptions); 42-713 (good cause); 42-721 (noncompliance and good cause). CalFresh MPP § 63-407.521. 你可在你的福利辦事處查閱.

如何防止你的家庭現金補助被削減

除非你能出示你不做我們要求你做的事項是有正當理由, 否則在 _____, 你家庭的現金補助將由$ _____ 降低至 $ _____. 假如你沒有正當理由, 你可以同意一項合作方案以防止你的現金補助被削減. 你如果不同意合作方案, 那麼在你的家庭現金補助被降低之前, 你不會再收到另外通知.

假如你的家庭現金補助被降低的話, 請查看附上的預算估計頁上面更多關於我們怎樣計算你的家庭現金補助應該得到多少補助的資訊.

你若不再領取現金補助的話, 我們將不會支付交通費, 或者跟工作或訓練有關的開支. 如果你在工作或上學, 我們可以付托兒照顧.

如何重新獲得現金補助

你的家庭現金補助被降低因為你不做我們要求你做的事項並且將你從補助單位除去. 假如你的家庭現金補助被減少, 你可以重新獲得現金補助的福利若果你符合領取資格並跟郡政府辦事處聯絡, 告訴他們你需要再次領取現金補助; 然後照着郡政府的吩咐做.

若要跟郡政府聯絡有關再次領取現金補助的事情, 請打電話到 _____.

你需要免費的法律諮詢嗎? 下列的機構可在此問題上協助你:

當地法律協助事務所: (　　)

_____

州福利權益組織: (　　)

_____

CalFresh: 假如不達到引至工作的福利規定同時導致CalFresh處分的話, 你會不能領取CalFresh福利. 假如受到CalFresh處分, 你會另外收到通知告訴你的CalFresh會停止多久.

Medi-Cal: 此採取行動通知並不改變或停止 Medi-Cal 福利. **請保留你的塑料福利辨認卡.**

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之前你請求聽證：

- 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 福利保持不變，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 ☐ CalFresh ☐ 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。

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 ☐ CalFresh ☐ 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