採取行動通知

郡

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

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

(ADDRESSEE)

有問題嗎? 請洽詢你的工作員。

州聽證： 假如你認為所採取的行動是錯誤的，你可以請求聽證。本頁反面會告訴你如何進行。假如你在採取行動以前請求聽證的話，你的福利不會改變。

_____，我們的記錄顯示你沒有：

- ☐ 在_____簽署引至工作的福利計畫方案。
- ☐ 在_____時參加_____。
- ☐ 在你的_____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不致減少，我們必須和你談這個問題。我們已約了跟你見面時間，在_____，_____點鐘，地點_____。
假如你為了赴這個約會須要交通工具，請打電話給你的引至工作福利工作員，電話號碼如下。

引至工作的福利工作員： _____
電話號碼： _____

假如你不能赴約，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以代替親自赴約。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個問題而減少。一些正當理由的例子如沒有托兒照顧或沒有交通工具等。其他正當理由，請參閱隨此通知寄上的'要求斷定正當理由'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當享有免除的話，你的家庭現金補助也不會減少。

如果你不做我們要求你做的事項且沒有正當理由，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著方案做的話，你的家庭現金補助將不會減少。倘若你同意一項合作方案，但後來不照方案所規定的做，那麼你的家庭現金補助將會減少。如果這樣的事發生，你會另外收到一份通知。

法規：這些規條適用：CalWORKs MPP § 42-712 (exemptions); 42-713 (good cause); 42-721 (noncompliance and good cause). Food Stamps 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

除非你能顯示你不做我們要求你做的事項是有正當理由，否則在_____時，你家庭的現金補助將從$ _____降低至$ _____。假如你沒有正當理由，你可以同意一項合作方案而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削減之前，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麼核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，我們將不支付交通，或者跟工作或訓練有關的開銷。如果你工作或上學，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減少因為你不做我們要求你做的事項並且把你從補助單位除去。假如你的現金補助被減少，你可以重新獲得現金補助的福利若果你合於領取資格並跟郡辦事處聯絡，告訴他們你要再領取現金補助；然後照著他們告訴你的事情做。

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_____。

家中的另一位家長，_____，可以重新領取現金補助倘若他／她跟郡辦事處聯絡，告訴他們他／她要求再度獲得現金補助；然後照著郡政府的要求去做。

你需要免費的法律諮商嗎？ 下列機構可在此問題上免費協助你：
當地法律協助事務所：(　　)
_____
州福利權益組織：(　　)
_____

糧食券： 假如不達到引至工作福利的規定同時導至糧食券處分的話，你會不能領取糧食券。假如受到糧食券處分，你會另外收到通知告訴你你的糧食券會停止多久。

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。

＊ Medi-Cal: 加州醫療補助計畫

採取行動通知（續）

郡

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

通知日期 _____

案件姓名 _____

號碼 _____

假如你不做我們要求你做的事且沒有正當理由，或者你不同意一項合作方案，那麼在 _____ 時，你的家庭現金補助將會改變如下：

每月的現金補助金額日期從_____ 至_____

A 部份. 可計算的收入

營業總收入 ..... $_____
營業開銷：
a. 40% 標準 ..... - _____
或
b. 實際開銷 ..... - _____
自己做雇主所得之淨收入 ..... = _____

補助單位＋非補助單位成員的
基於殘障非賺得的總收入 ..... $ _____
$225 寬減額 ..... - _____
非免除非賺得的基於殘障的收入 ..... = _____
或
$225 寬減額未使用金額 ..... = _____

賺得收入之總收入 ..... $ _____
自己做雇主所得之淨收入（如上所示） ..... + _____
小計 ..... = _____
$225 寬減額未使用金額（如上所示） ..... - _____
小計 ..... = _____
賺得收入寬減 50% ..... - _____
小計 ..... = _____
非免除非賺得的基於殘障的收入
（如上所示） ..... + _____
其他非免除收入（補助單位＋
非補助單位成員） _____ +_____
_____ + _____
可計算的淨收入 ..... = _____

B 部份. 你的現金補助

1. 給 _____ 個人的最高補助
（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. A 部分可計算的淨收入 ..... - _____
4. 小計 ..... = _____
5. 給 _____ 個人的最高補助（只算補助單位）
（MFG 或受處分人員除外） ..... $ _____
6. 特殊需要 （只算補助單位） ..... + _____
7. 最高補助小計 ..... = _____
8. **全月份補助小計**
（第 4 或第 7 行中較低之金額） ..... = _____
9. 第 8 行照比例計算一個月的部分 ..... = _____
10. 調整：25% 子女贍養處分 ..... - _____
超額發放 ..... - _____
其他處分 ..... - _____
獎勵 ..... + _____
11. **每月現金補助金額**
（第 8 行或第 9 行經調整後的金額） ..... = _____
12. 現時的現金補助金額（如果此金額較第11行為高，
你的補助金額不會改變） ..... = _____

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　☐ 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