

WELFARE-TO-WORK計畫 (WTW, 從福利至就業過渡計畫) 24月計時期延續請求之審定結果

個案名稱

個案號碼

縣

其他識別號碼

工作人員姓名

是否有任何疑問？請向您的社會工作人員詢問。

於 _____ (日期) , _____ (姓名) 曾請求延續其WTW計畫24月計時期。

根據您提供的資訊，縣府已做出如下決定：

此項延續請求已獲批准。延續之原因： _____

這意味著，您可用更長時間繼續參加現有welfare-to-work計畫的活動。

您的計時期延續將於 _____ (日期) 結束。

屆時可能會對您的境況進行覆審，藉以確定您是否應繼續獲得計時期延續。若您的計時期已經結束，則您需要改變自己的welfare-to-work計畫活動，以便達到CalWORKs聯邦標準。

若您的計時期應繼續延續，您可能需要於上列截止日期之前向縣府提供資訊，用以說明應繼續延續；否則您需要達到CalWORKs聯邦標準。

您可以隨時改變自己的welfare-to-work計畫活動，以便達到CalWORKs聯邦標準。請就此事與您的社會工作人員聯絡，並簽署一項新的welfare-to-work計畫。

此項延續請求未獲批准。拒批原因： _____

當您用盡WTW計畫24月計時期的全部24個月後，您必須達到CalWORKs聯邦標準。您將接獲一封縣府通知函，內容涉及改變您的welfare-to-work計畫活動，以便達到CalWORKs聯邦標準。

若存在以下情況，請立即與您的社會工作人員聯絡：

- 需要更詳細地瞭解，當您的WTW計畫24月計時期月數全部用盡後，您必須達到的CalWORKs聯邦標準。
- 認為自己不應參加Welfare-to-Work計畫且尚未提出寬免請求，或者需要詳細瞭解對Welfare-to-Work計畫參加要求之寬免資訊。

若您認為此通知函有誤，請與您的社會工作人員聯絡。您也可以提請舉行一次州聽證會。本頁背面含有「您的聽證權利」表格，用以說明如何提請舉行一次州聽證會。

您的聽證權利

若您不同意任何一項縣府裁定，則有權提請舉行一次聽證會。您僅有90天時間提出舉行聽證會的請求。此90天期限從縣府將此通知函遞送或郵寄給您之日起開始計算。若您能以正當理由說明為何您未能於90天期限內提出聽證請求，則您仍可提出聽證請求。若您能提出正當理由，仍可安排一次聽證會。

若您在縣府做出關於現金補助、Medi-Cal、CalFresh或托兒服務的裁定之前提出聽證請求：

- 在您等候聽證期間，您的CalFresh或Medi-Cal福利將保持不變。
- 在您等候聽證期間，您的托兒服務福利可能保持不變。
- 您的CalFresh福利將保持不變，直至聽證會開始舉行，或者直至您的福利資格證書期限結束為止；兩者之中以較早者為準。

若聽證會裁定我方決定是正確的，則您對我方為您提供之任何額外的現金補助、CalFresh或托兒服務福利負有拖欠款。若您請求我們於聽證會開始之前減少或停止您的福利待遇，請勾選下列相應的方框：

是的，請減少或停止： 現金補助 CalFresh
 托兒服務

在您等候涉及以下計畫福利的聽證裁決期間：

Welfare to Work：

不要求您必須參加計畫活動。

對於頒發此通知函之前與就業及縣府批准活動相關的托兒服務，您可獲得托兒費補貼付款。

若本處已經告知，您的其他輔助支持服務費用付款將停發，則您將不會再獲得任何付款；即使您參加計畫活動，亦將如此。

若本處已經告知，我們將支付您的其他輔助支持服務費用，我們將按照此通知函中所列金額和所述方法向您支付此類服務費用。

- 若想獲得這些輔助支持服務，您必須前往參加縣府通知您參加的計畫活動。
- 在您等候聽證裁決期間，若縣府支付的輔助支持服務費用金額不足，以致您無法參加計畫活動，則您可停止參加計畫活動。

Cal-Learn：

- 若本處已告知我們無法為您提供相關服務，則您不能參加Cal-Learn計畫。
- 我們僅對已獲批准的活動支付Cal-Learn計畫輔助支持服務費用。

其他資訊

Medi-Cal統一管理醫療保健計畫成員：此通知函所述之裁定可能會停止您從統一管理醫療保健計畫獲得的服務。如果您有任何疑問，建議您與健康保險計畫成員資格服務處聯絡。

兒童贍養費和（或）醫療費用支付義務付款：即使您並未領取現金補助，當地兒童贍養服務機構仍將免費協助您徵收贍養費付款。若這些機構目前已在為您徵收贍養費付款，他們則將繼續這樣做，直至您以書面形式通知他們停止此項徵收服務為止。這些機構將向您寄送所徵收的目前應付贍養費；但將扣留所徵收的逾期未付贍養費，此為您拖欠縣府的贍養費。

家庭生育計劃：當地的福利辦事處可依您的請求提供相關資訊。

聽證文檔：若您提出聽證請求，州聽證事務處將建立一個聽證文檔。您有權於聽證會之前閱覽這一文檔，並有權至少於聽證會開始兩天之前獲得一份書面文件，其中陳明縣府就您的個案所採取的立場。州府可將您的聽證文檔轉呈給縣福利處以及美國衛生與公共服務部和農業部。（**W&I法典第10850節與第10950節。**）

提請舉行聽證會的方法：

- 填妥此頁表格。
- 影印一份此頁正反兩面的副本，以供您保存。您的社會工作人員可依請求向您提供此頁的副本。
- 將此頁文件寄送或親自送交至：

或者

- 打免費電話聯絡：**1-800-952-5253**；使用TDD專線服務的聽障或語障人士請撥**1-800-952-8349**。

如何獲得協助：您可按照上列州府機構免費電話號碼打電話詢問您的聽證權利，或者請求提供法律協助服務轉介。您可在當地法律協助學會或福利權利服務處獲得免費法律協助。

若您不想單獨出席聽證會，則可以請一位朋友或某位人士陪同。

聽證會請求

我希望舉行一次聽證會；起因為_____

縣福利處就本人下列福利待遇所作的裁定：

現金補助 CalFresh Medi-Cal

其他（請列明）_____

原因如下：_____

若需更多填寫欄位，請勾選此方框，並另加附頁填寫。

本人需要州府為我免費聘請一位口譯人員。（不可由親屬或朋友在聽證會上為您提供口譯服務。）

本人的語言或方言是：_____

福利受到拒批、更改或停止之人士的姓名

出生日期 _____ 電話號碼 _____

街道名稱與門牌號碼 _____

城市 _____ 州 _____ 郵遞區號 _____

簽名 _____ 日期 _____

此表格填寫者之姓名 _____ 電話號碼 _____

本人希望請以下列名者在本次聽證會上作我的代表。我允許此人調閱我的卷案記錄或者代我出席聽證會。（此人可以是朋友或親屬，但不能為您提供口譯服務。）

姓名 _____ 電話號碼 _____

街道名稱與門牌號碼 _____

城市 _____ 州 _____ 郵遞區號 _____