

CALFRESHの承認/否認/終了の通知 郡名: _____

過渡的給付

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

通知日 : _____
ケース名 : _____
ケース番号 : _____
ワーカー名 : _____
ワーカー番号 : _____
電話番号 : _____
住所 : _____

ADDRESSEE

┌

└

何かご質問がありますか？ある場合はワーカーにお尋ねください。

**州査問会: あなたがこの措置に誤りがある
と考える場合、査問会の実施を要請する
ことができます。このページの裏側にその方
法等の詳細が記載されています。この措置
がとられる前に査問会の実施を要請する
と、あなたのCalFresh(食費助成)給付額が
変更されることはありません。**

承認

_____ 現在、あなたのCalFresh給付は毎月
MM/DD/CCYY
\$ _____ です。

あなたのCalWORKsは終了しているため、あなたはCalFreshの過渡的給付
を受けることになります。あなたはCalFreshの過渡的給付を_____ から
MM/CCYY _____ まで受けられます。

これはあなたの前回の認定期間に代わります。

あなたのCalFreshの過渡的給付は、あなたの世帯が再認定されない限り5
か月後に終了します。

報告:

住所が変更された場合はすみやかに報告してください。CalFreshの過渡
的給付を取得している世帯は、報告フォームを返信する必要はありません。

再認定:

5か月間のCalFreshの過渡的期間が終了すると、再認定の時期を知らせる
通知があなたに届きます。

- CalFreshの過渡的期間中には、あなたはいつでも、通常のCalFresh
の再認定を要求することができます。CalFreshの過渡的期間の最初の
4か月の間に再認定を要求し、通常のCalFresh給付が現在の過渡的
CalFreshの金額より低かった場合、再認定の要求を取消すことができ
ます。
- あなたがCalWORKsと通常のCalFreshを申請し承認された場合、あな
たには新しい認定期間が発生します。過渡的なCalFreshの資格は、た
とえ5か月の期間が終了していても、CalWORKsと通常のCalFresh
給付が承認された時点で終了します。

否認/取消

_____ 現在、CalFreshの過渡的給付の最初の4
MM/DD/CCYY

か月の間にあなたが要求したCalFresh再認定は承認されませんでした。あ
なたの現在のCalFreshの過渡的給付は、CalFreshの過渡的給付期間終
了まで継続します。

理由:

- あなたは通常のCalFresh給付の再認定に対する要求を取消しました。
- あなたは要求された10日間の間に、私たちがあなたに求めた情報を
提供しませんでした。
- あなたは予定されていた面談を完了しませんでした。
- その他(下記参照):

終了

_____ に、あなたの現在のCalFresh 過渡的給付
MM/DD/CCYY

の期間は終了します。

理由:

- あなたのCalWORKsへの申請は承認されました。
- あなたのCalFreshへの申請は承認されました。
- あなたのCalWORKsもしくはCalFresh給付が再開しました。
- その他(下記参照):

規定: 次の規定が適用します。MPP § 63-504.6, MPP § 63-504.13.
これらの規定は該当の福祉事務所で閲覧できます。

公聴会に関する権利

郡の決定に異論がある場合、あなたには公聴会を求める権利があります。公聴会の請求期間は90日間のみです。この90日は、郡があなたにこの通知書を手渡すか郵送した翌日から計算します。90日以内に公聴会を申請できない正当な理由がある場合は、期限を過ぎても公聴会を申請できることがあります。正当な理由を伝えれば、公聴会の日取りを決めることができます。

Cash Aid、Medi-Cal、CalFresh、またはChild Careに対する決定の前に公聴会を求めると…

- 公聴会が実施されるまでの待機している間、Cash AidまたはMedi-Calに変更はありません。
- 公聴会が実施されるまでの待機している間、Child Careサービスは変更されないこともあります。
- 公聴会実施まで、または認証期間が終了するまでの、いずれか早い時点までCalFreshの給付は変更されません。

公聴会の結果、当局が正しいと判断された場合、すでに受け取っているCash Aid、CalFresh、またはChild Careサービスについてあなたは払い戻しをする義務を負います。公聴会の前にあなたの給付の減額または中止を希望する場合は、以下の該当項目にチェック印を付けてください：

次の項目の減額または中止を希望します： Cash Aid

CalFresh Child Care

下記の援助について公聴会の結果を待っている間の規定：

Welfare to Work:

活動に参加する必要はありません。

雇用、およびこの通知書を受け取る前に郡が認可した活動に対して養育用の支払金を受け取ることができます。

その他の支援サービスの支払金が停止されると当局が伝え場合、あなたが活動に参加しても、これ以上の支払金は受け取れません。

その他の支援サービスの支払金を当局が支払うと伝えた場合、その金額をこの通知書に述べた形で支払います。

- これらの支援サービスを受けるためには、郡当局があなたに出席するよう指示した活動に参加しなければなりません。
- 公聴会の結果を待っている間に郡が支払う支援サービスの金額が不十分で活動参加できない場合、活動へ出席を中止することができます。

Cal-Learn:

- 当局があなたにサービスを提供できないと伝えた場合、あなたはCal-Learnプログラムに参加することはできません。
- Cal-Learn支援サービスで支払うことのできるものは、承認された活動だけです。

その他の情報

Medi-Cal管理ケアプラン加入者 (Medi-Cal Managed Care Plan Members):

この通知書に記載の活動で、あなたは管理ケアヘルス・プランからのサービスを受けられなくなることもあります。質問がある場合は、あなたのヘルスプラン・メンバーシップ・サービスにお問い合わせください。

養育・医療支援 (Child and/or Medical Support): あなたが補助金を受けていない場合でも、児童養育費徴収局が無料で養育費徴収のお手伝いをします。徴収局が現在、あなたのために養育費の徴収を行っている場合は、あなたが書面でそれを中止するよう依頼しない限り、それを続けることになります。徴収局は徴収した現在の養育費をあなたに送付しますが、郡に支払われるべき期限経過の金額は送付できません。

家族計画 (Family Planning): 質問があれば福祉事務所が情報を提供します。

公聴会ファイル：公聴会を求めた場合、州公聴会はファイルを準備します。

あなたは公聴会が開始される前にこのファイルを閲覧し、公聴会の少なくとも2日前にあなたのケースに対する郡側の立場を記した文書の写しを取得する権利があります。州当局はあなたの公聴会ファイルを福祉課 (Welfare Department)、米国保健社会福祉省 (U.S. Departments of Health and Human Services) および農務省 (U.S. Department of Agriculture) に提供することができます。(W&I Code Sections 10850 and 10950.)

NA BACK 9 (Japanese) (REPLACES NA BACK 8 AND EP 5) (REVISED 4/2013) - REQUIRED FORM - NO SUBSTITUTE PERMITTED

公聴会を請求するには：

- このページに記入してください。
- 控え用に、このページの表面と裏面のコピーを取っておいてください。
お申し出いただければ、あなたを担当する福祉士がこのページをコピーいたします。
- このページを以下まで送付または持参してください：

または

- フリーダイヤル1-800-952-5253または聴覚・言語が不自由でTDDを利用される方は1-800-952-8349にお電話ください。

手助けが必要な場合：上記のフリーダイヤル番号で公聴会の権利や法的援助紹介について問い合わせることができます。お住まいの地域の法的支援オフィスまたは福祉受給権オフィスにおいて無料の法的援助を受けることも可能です。

公聴会に一人で出席したくない場合は友人や他の人を同伴しても構いません。

公聴会の要請

私の下記の事柄について _____ 郡の福祉課の決定に対し、公聴会を希望します：

Cash Aid CalFresh Medi-Cal

その他 (リストにして記載) _____

公聴会希望の理由： _____

記入欄がもっと必要な場合は、ここにチェック印を付け、別紙を添付してください。

州当局に無料で通訳を提供してもらうことが必要です (公聴会で親戚や友人が通訳することは禁じられています)。

私の言語/方言： _____

給付が拒絶、変更、停止された者の氏名

生年月日	電話番号
------	------

STREET ADDRESS (所在地住所)

CITY (市)	STATE (州)	ZIP CODE (郵便番号)
----------	-----------	-----------------

署名	日付
----	----

この書類を記入した者の氏名	電話番号
---------------	------

私は下記の者が公聴会で私の代理となることを希望します。この代理人に私の記録の閲覧や公聴会への出席を許可します (この代理人は友人や親戚でも構いませんが、通訳を担当することはできません)。

氏名	電話番号
----	------

STREET ADDRESS (所在地住所)

CITY (市)	STATE (州)	ZIP CODE (郵便番号)
----------	-----------	-----------------