

成人の家族構成員が全員高齢者または障害者である場合の CALFRESH (旧フードスタンプ) 証明書の期限満了通知

郡

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: _____

担当者名: _____

担当者番号: _____

電話: _____

住所: _____

(ADDRESSEE)

┌

└

ご質問は、担当者にお尋ねください。

州聴聞会：この判定が誤っていると思われる場合は、聴聞会を請求することができます。この用紙裏面に方法が記載されています。この決定が有効になる前に聴聞会を請求しても、給付が変更されない場合もあります。

- あなたのCalFresh証明書の有効期限は、_____で満了します。
- 面接の必要はありません。面接を希望する場合は、直ちに郡までお問い合わせください。面接は対面面接を希望する場合を除き、通常は電話で行われます。障害のためにその他の手配が必要な場合は、直ちに郡までお問い合わせください。
- 申請書にすべて記入し、証明書の有効期限_____最終月の初日までに郡に提出してください。
- 変更を報告する場合、申請書に**証明を添付してください**。変更内容の証明は、証明書の満了日まで提出する必要があります。
- 送られる情報により、郡では面接が必要と判断する場合があります。
- 面接を希望する場合、または必須の場合、予約の通知が送付されます。
- 中断することなく、継続的に給付の受け取りを希望する場合、証明書の期間満了月の15日までに、申請書を提出する必要があります。面接を希望する場合、もしくは必須の場合、面接は必ず行われるものとし、あらゆる所得、支出、またはその他の情報を証明書の満了日までに提出する必要があります。

重要な規則

- CalWORKs (カリフォルニア州就業の機会と子供に対する責任) を受けていて、CalWORKs再認定書を記入しない場合、暫定的CalFresh給付の受給資格はないものとします。
- 以下の場合、再証明申請書における最終措置がとられる前に最長で30日間、待機する必要があります。さらに、新しい証明書期間の初月は一部のみ給付となる場合があります。支援が中断する場合、3日以内に処理される急速サービス (Expedited Service) を要請する権利があります。
 - 証明書期間満了月の15日までに申請書を提出しない場合
 - 証明書の期間満了日前の10日間以内に自分で希望した面接または、郡から必須とされた面接を行っていない場合
 - 所得、支出、またはその他の情報の証明を面接日の10日以内に提出しなかった場合
 - 証明書の期間満了日前に再証明申請書で報告した変更内容の証明を提出しなかった場合
- あなたには、いつでも郡の福祉課から申請書入手し、郡に申請書を受領してもらう権利があります。申請書には、署名、解読可能な名前、住所、記号で署名した場合の証人の署名が含まれている必要があります。
- あなた、もしくは公認代理人には、CalFresh申請書を手渡し、郵送、ファクス、または郡で利用できるその他の送信方法 (電子メールまたはオンラインの電子申請書は<http://www.benefitscal.org>にあります) で提出する権利があります。給付期間は申請書が郡福祉課に申請された日から計算されます。電子署名技術を使用して署名した申請書や、手書きで署名した申請書をファクスやその他の電子送信で送られたものも容認されています。要請された情報の提出には10日間が与えられます。この情報の入手に支援が必要な場合は郡までお問い合わせください。

規則：これらの規則が適用されます。CalFresh MPPセクション：63-300.3、63-504.25、63-504.251、63-504.6、63-504.61。
福祉事務所で確認することができます。

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) _____