

CalFresh(食費助成)有効期間終了に関するご案内

郡名

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 :

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。

州査問会有効期間終了に関する措置に不服のある方は、査問会の実施を依頼してください。このページの裏側に依頼方法等の詳細が記載されています。有効期間終了に関する措置がとられる前に、査問会の実施を依頼されますと、あなたのCalFresh(食費助成)支給が変更されることはありません。

- あなたのCalFresh(食費助成)有効期間は _____ に終了します。
月/日/年
- CalFresh(食費助成)を中断することなく受給を希望される場合、有効期間が終了する最後の月の15日までに申請書を提出しなければなりません。また、郡役所とのインタビューも実施する必要があり、そして、上記の有効期間終了の前に収入、出費、その他の情報など必要なあらゆる証拠書類を提出しなければなりません。
- 有効期間が1、2か月残っている場合は、あなたのワーカーに連絡して申請書の提出期限を確認してください。
- インタビューの実施日時につきましては、別途ご案内します。このご案内を受け取ってから10日以内にインタビュー実施に関するご案内が届いていない場合は、直ちにあなたのワーカーに連絡してください。電話によるインタビューなのか、または面談によるインタビューなのかにつきましては、インタビュー実施に関するご案内に詳細に記載されています。

重要事項

- 有効期間が終了する最後の月の15日までに申請書を提出していない場合は、インタビューを受けて、**そしてそのインタビューの後10日以内に収入、出費、その他の情報を提出してください。**あなたの申請書に関する措置が最終決定されるまで最大30日を要します。さらに、新規の有効期間最初の月の支給額は減額されていることにご留意ください。支給が停止した場合、あなたは緊急支援サービス(Expedited Service: ES)を受けることができます。
- CalWORKs (生活困窮世帯現金助成サービス)を受給していて、受給資格再承認決定を受けられなかった場合は、Transitional CalFresh(経過的食費助成)の受給資格はありません。
- 受給資格再証明を期限内にできなかった正当な理由がある場合は、郡役所福祉事務所に事情を説明してください。受給資格再証明が遅くなった正当な理由があれば、減額された支給分を受け取れる場合があります。
- あなたには、郡役所福祉事務所からいつでも申請書を入手に、その申請書を郡役所福祉事務所に受け付けてもらう権利をもっています。申請書には署名が必要です。また、申請書は誰でも読める文字で氏名、住所が記載されなければならず、字が書けない人の場合はマークによる署名や証人が必要です。
- あなたとあなたが認めた代理人は、CalFresh(食費助成)申請書を郡役所福祉事務所に、持参、郵便、ファックス、電子メール、その他の電子的伝達方法、またはオンライン電子申請によって摘出できる権利をもっています。なお、オンライン電子申請を利用される場合は、こちらのウェブサイトをご利用ください。: <http://www.benefitscal.org>。CalFresh(食費助成)支給期間は、申請書が郡役所福祉事務所に提出された日から計算されます。申請書の署名が電子署名により行われた場合、または手書きで署名した申請書をファックスもしくは他の電子的伝達方法で提出された場合、これらはすべて受け付けています。
- 必要書類の提出を求められた場合、10日間のうちに提出してください。これらの書類を用意するのに助力が必要な場合は、あなたのワーカーにご相談ください。

関連規定: 以上の重要事項の適用規定: CalFresh MPP 条項: 63-300.3, 63-504.25, 63-504.251, 63-504.5, 63-504.6, 63-504.61; 連邦規則 CFR第7編 273.12.条項これらの規定はウェブサイトまたは、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)
----------	-----------	-----------------