

郡名: _____

受給資格失効に関する 行政措置の通知

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

(ADDRESSEE)

何かご質問がありますか？ ワーカーに尋ねてください。

**州査問会州査問会における受給資格失効措置
に対して不服申立を行うことはできません。
あなたは世帯の他の家族のCalFresh（食費助成）
の新規給付額が正しいものではないと思う
場合、査問会の実施を要請できます。このペ
ージの裏面に説明されています。ほとんどの場
合、新規給付額は査問会の決定によらない限
り、変更されることはありません。**

受給資格失効措置

下記事項に該当したためCalFresh（食費助成）プログラム受給資格が失効します。

- 州査問会決定において、あなたが意図的にプログラムに違反したことが判明したため。
- 裁判所決定において、あなたが意図的にプログラムに違反したことが判明したため。
- あなたが _____ に受給資格失効承諾同意書に署名したため。
- あなたが _____ に受給資格失効査問会実施放棄に署名したため。
- あなたが _____ (位置) においてCalFresh（食費助成）プログラム受給資格を喪失したため。

上記措置の写しをあなたに送付、または渡しました。州査問会決定において、あなたが意図的にプログラムに違反したことが判明した場合、州政府または連邦政府はあなたを裁判所に起訴することがあります。

受給資格失効に伴う罰則

受給資格失効に伴う罰則として、最初の違反は12か月間の失効、2回目の違反は24か月の失効、3回目の違反は永久的失効の処罰が科せられます。このほかにも下記のとおり罰則が科せられます。

- CalFresh（食費助成）による銃器、武器/弾薬、爆発物の取引の罪で裁判所からの有罪判決を受けた場合は、最初の違反で永久的に失効します。
- CalFresh（食費助成）による規制薬物取引の罪で裁判所からの有罪判決を受けた場合は、最初の違反で24か月の失効、および2回目の違反で永久的に失効します。
- 500ドル以上相当のCalFresh（食費助成）の売買の罪で裁判所からの有罪判決を受けた場合は、受給資格は永久的に失効します。
- 同時に1以上の申請を行い、虚偽の身元情報、住所を提示した場合、受給資格は10年間、失効します。

あなたは _____ に関して違反を犯しました。よって下記事項が適用されます。

- あなたは _____ から _____ までの _____ か月間、CalFresh（食費助成）を受給することができません。
- あなたは _____ 付でCalFresh（食費助成）プログラムの受給資格が永久的に失効します。

規定: 以上の重要事項の適用規定: これらの規定は該当の福祉事務所
で閲覧できます。MPP 条項 20-300.221(c), 20-300.3, 22-003.11,
63-804.1, 63-805.1.

受給資格失効期間の終了

- 12か月または24か月の受給資格失効となった場合で、同じCalFresh（食費助成）受給世帯に居住している場合は、上記記載の終了日以後の月から自動的にCalFresh（食費助成）支給が開始します。自動的支給が行われない場合は、担当のワーカーに電話で連絡するか、または添付のフォームを送付してください。
- 別のCalFresh（食費助成）受給世帯に居住している場合は、上記記載の終了日以後、当該世帯の一員として加えてもらうよう依頼してください。あなた、またはあなたの正式代理人はCalFresh（食費助成）申請を行う権利を執行するに当たり、当該申請を郡役所福祉事務所に、個人で持参、郵便、ファックス、電子メール、またはオンライン電子申請により送付することができます。電子申請のWebサイトはこちら: <http://www.benefitscal.org/BenefitsPortal/landing.html>.
- 受給資格失効期間終了日においてCalFresh（食費助成）受給世帯に居住していない場合は、CalFresh（食費助成）は改めて申請する必要があります。あなた、またはあなたの正式代理人はCalFresh（食費助成）申請を行う権利を執行するに当たり、当該申請を郡役所福祉事務所に、個人で持参、郵便、ファックス、電子メール、またはオンライン電子申請により送付することができます。電子申請のWebサイトはこちら: <http://www.benefitscal.org/BenefitsPortal/landing.html>.
- CalFresh（食費助成）の資格回復を要請するには次ページのフォームを提出する必要があります。
- CalFresh（食費助成）プログラムについて永久的に受給資格が失効している場合は、CalFresh（食費助成）の資格回復を要請することはできません。

世帯他の家族への通知

- _____ のCalFresh（食費助成）プログラム受給資格が失効となりましたので、
 - あなたのCalFresh（食費助成）給付額は _____ 付で、\$ _____ から \$ _____ に変更されます。
 - ただし、あなたは変更について報告を行っていますので実際のCalFresh（食費助成）給付額は異なります。同封の「変更通知」に新しい給付額が記載されています。
 - あなたのCalFresh（食費助成）は _____ 付で支給停止となります。この受給資格失効によって、あなたの所得が高くなりすぎたからです。受給資格失効期間終了時または状況の変化によって、再申請を行うことができます。
- あなたの受給資格証明期間は終了しました。いつでも再申請を行うことができます。 _____ の受給資格が失効したため、あなたのCalFresh（食費助成）給付額は異なることがあります。

コメント:

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)
----------	-----------	-----------------