

郡

行政上の資格喪失通知

通知日 : _____
対象者氏名 : _____
番号 : _____
ソーシャルワーカー氏名 : _____
番号 : _____
電話 : _____
住所 : _____

(宛名人)

「 _____ 」
「 _____ 」

質問がありますか？

ソーシャルワーカーに問い合わせてください。

州聴聞会：州聴聞会では、資格喪失決定に対し不服を申し立てることはできません。あなたの家族の構成員の新たに決められたCalFresh 給付金額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。たいていの場合、聴聞会の決定で金額が変更されない場合、この額は変更されません。

受給喪失の決定

以下の決定により、あなたはCalFresh プログラムの受給資格を喪失しました。

- 州聴聞会で、あなたはプログラムを意図的に違反していると判定されました。
- 裁判所の判決で、あなたはプログラムを意図的に違反していると判定されました。
- あなたは、_____日にDisqualification Consent Agreement (資格喪失同意書)に署名しました。
- あなたは、_____日に Administrative Disqualification Hearing Waiver (行政上の資格喪失聴聞会権利放棄書)に署名しました。
- あなたは_____でのCalFresh プログラムの受給資格がなくなりました。(場所)

上記の決定のコピーがあなたに送付、または手渡されました。州聴聞会により、あなたが意図的にプログラムに違反していることが決定されると、州政府または連邦政府が法廷であなたを訴追する可能性があります。

受給喪失の罰則

資格喪失の罰則は、最初の違反で 12 ヶ月、2 度目の違反で 24 ヶ月、3 度目の違反で永久的な資格喪失が科されます。次の規則に違反すると、罰則は個別に科されます。

- CalFresh を銃器、弾薬または爆発物と交換して有罪判決を受けると、最初の違反で永久に受給資格を喪失します。
- CalFresh を規制薬物と交換して有罪判決を受けた場合、最初の違反で 24 ヶ月、2 度目の違反で永久に受給資格を喪失します。
- CalFresh を交換した、または 500 ドル以上で売却した場合、永久に受給資格を喪失します。
- 複数の申請書を同時に提出し、偽りのIDや居住地を提示した場合、10 年間の資格喪失となる可能性があります。

あなたは_____に違反し、以下を意味します。

- あなたは_____ヶ月、_____日から_____日までCalFresh の給付を受けられません。
- _____日現在、あなたはCalFresh プログラムの受給資格を永久に喪失しました。

規則：以下の規則が適用されます。規則について、福祉事務所で確認することができます。適用規則は、方法と手続きマニュアル (MPP) 20-300.221(c), 20-300.3, 22-003.11, 63-804.1, 63-805.1条。

資格喪失期間の終了

- あなたが12 ヶ月または 24 ヶ月間資格を喪失しているときに同じCalFresh の家庭内に留まっている場合、上記に記載されている終了日後にCalFresh が自動的に給付されます。まだ給付されない場合、ソーシャルワーカーに連絡するか、添付の用紙を返却してください。
- あなたがCalFresh の支給を受けている以前とは別の家庭にいる場合、上記の終了日後にその家庭の一員となるよう請求してください。あなた、または権限が与えられたあなたの代表者は、CalFresh 申込書を直接手渡し、郵便、ファックス、電子メールのいずれかの手段を用いて、州の福祉部門に提出する権利があります。
<http://www.benefitscal.org/BenefitsPortal/landing.html>.
- あなたが資格喪失終了時にCalFresh の給付を受けている家庭にいない場合、再度CalFresh を申請してください。あなた、または権限が与えられたあなたの代表者は、CalFresh 申込書を直接手渡し、郵便、ファックス、電子メールのいずれかの手段を用いて、州の福祉部門に提出する権利があります。
<http://www.benefitscal.org/BenefitsPortal/landing.html>.
- あなたのCalFresh を回復する依頼は、次のページにある申請書を返却して行うことができます。
- あなたがCalFresh プログラムの資格を永久に喪失した場合は、CalFresh の資格回復を行うことはできません。

あなたの家族の他の構成員への通知

- _____のCalFresh プログラムの受給資格が喪失しました。
 - あなたのCalFresh 給付金は\$_____から\$_____へ_____日付で変更になります。
 - ただし、あなたの変更を報告したので、CalFresh の受給額が変更されます。同封の変更通知に受給額が記載されています。
 - あなたへのCalFresh への給付が_____日付で中止されます。給付喪失の理由は、収入が高すぎることです。資格喪失期間が終了した場合、または状況が変化した場合、再度申請することができます。
- あなたの証明期間が終了しました。いつでも再申請することが可能です。_____には受給資格がないため、あなたのCalFresh の給付額は異なる可能性があります。

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 (旧名Food Stamps)、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 (Food Stamps) 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 (旧名Food Stamps)、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 (旧名Food Stamps) 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、それを続けることとなります。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、州公聴部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 4/2011) - 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 (旧名 Food Stamps) 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)
----------	-----------	-----------------