

郡

## 四半期ごとに報告が義務付けられている 家庭のフードスタンプ変更の通知

通知日: \_\_\_\_\_  
ケース名: \_\_\_\_\_  
番号: \_\_\_\_\_  
担当者名: \_\_\_\_\_  
番号: \_\_\_\_\_  
電話: \_\_\_\_\_  
住所: \_\_\_\_\_

(ADDRESSEE)

この通知に関し、質問があったりさらに詳しい情報をご希望の場合は、担当者にご連絡ください。

**州聴聞会:** この決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。回収中の過払いの原因に関する聴聞会が既に行われている場合、過払い回収を理由として給付されているフードスタンプの新規の額が誤っていると思う場合を除き、新たな聴聞会を請求することはできません。

### 給付の変更

\_\_\_\_\_をもって、あなたのフードスタンプ給付は、毎月 \$ \_\_\_\_\_ から \$ \_\_\_\_\_ に、次の理由により変更されます。

- あなたは、フードスタンプの過払いが既に通知され、受領した本来受領すべきでなかったフードスタンプを払い戻すために郡が毎月のフードスタンプを 10% または \$10 (大きい方) 減額しているため、少なく給付されています。裁判所または州の聴聞会によって、あるいはあなたが資格喪失同意書 (Disqualification Consent Agreement) または資格喪失聴聞会権利放棄書 (Administrative Disqualification Hearing Waiver) に署名したため、この過払いが故意のプログラム違反 (Intentional Program Violation: IPV) と決定されました。郡では、あなたが受給するフードスタンプの 20% または \$10 (大きい額) の減額を開始できますので、あなたの給付額は、変更されます。この外にも毎月のフードスタンプ給付額に変更があれば、この通知に記載されています。

### 給付の変更の予告

受給資格の継続または適切な給付額を決定するために必要な情報が四半期受給資格ステータス報告 (Quarterly Eligibility Status Report: QR 7) とともに提出されていませんので、\_\_\_\_\_をもって、あなたのフードスタンプ給付は、減額または中止される可能性があります。郡では、翌月の第 1 日までに次の情報を受け取る必要があります。

支出の証明が求められていて、これを提出していない場合、翌四半期の給付を計算する時、支出が認められないことになります。また、求められている情報を提供しない場合、あなたの給付は減額または中止される場合があります。

**規則:** 上記の決定には、次の規則が該当しています。  
福祉事務所で確認することができます。

### 給付の変更なし

提出された書類/情報の結果、次の理由により、今四半期のあなたのフードスタンプ給付は変更されませんでした。

あなたが自発的に報告した変更は、どんなものでもその証拠と共に、次の四半期報告 (Quarterly Report: QR 7) で再度報告する必要があります。

### 中止

\_\_\_\_\_をもって、あなたのフードスタンプ給付は、次の理由により中止されます。

- あなたの給付が中止される理由に基づき、あなたの家庭は、\_\_\_\_\_までフードスタンププログラムを受給する資格無しとなりました。この欠格期間が終了すれば、給付を再申請することができます。

### コメント

## 聴聞会に関するあなたの権利

郡の決定に同意できない場合、あなたには、聴聞会を請求する権利があります。これには、90 日間の期限があります。この 90 日間とは、郡があなたに通知を手渡すか郵送した翌日から開始されます。

Cash Aid、Medi-Cal、フードスタンプ、養育ケア (Child Care) に対する決定の前に聴聞会を請求すると、

- キャッシュエイド (Cash Aid) や Medi-Cal は、聴聞会を待つ間は変更されません。
- 養育ケア (Child Care) は、聴聞会を待つ間は変更されないかもしれません。
- フードスタンプは、聴聞会までか、あるいは証明書期間が終了するまでか、いずれか早く起こる時点まで変更されません。

聴聞会の判定で当局が正しいとされると、あなたは、既に受領している超過のキャッシュエイド (Cash Aid)、フードスタンプ、養育ケア (Child Care) を払戻しする必要があります。

聴聞会前に給付の減額あるいは中止を希望する場合は、下記をチェックしてください。

- はい、減額あるいは中止してください:  キャッシュエイド (Cash Aid)  
 フードスタンプ  養育ケア (Child Care)

聴聞会の判定が出るまで:

### 福祉から就業へ (Welfare to Work):

活動に参加する必要はありません。

この通知以前に郡が承認した雇用および活動に対する養育ケア (Child care) の支払いは、受けることができます。

他の支援サービスの支払いを中止するとの通知があった場合、活動に参加しても、さらに支払いを受けることはありません。

他の支援サービスの支払いを行うとの通知があった場合、この通知のとおり額と方法により支払われます。

- これらの支援サービスを受け取るには、あなたが参加するよう郡が指示した活動に参加しなければなりません。
- 聴聞会の決定を待つ間に郡が支給する支援サービスの額では参加が不可能な場合、活動に参加しないことも可能です。

### Cal-Learn:

- 郡当局があなたに対しサービスを提供できないと通知した場合、Cal-Learn Program に参加することはできません。
- 承認された活動に関する Cal-Learn 支援サービスについてのみ支払われます。

### その他の情報

**Medi-Cal Managed Care Plan Members (Medi-Cal 管理ケアプラン加入者):** この通知の決定によっては、あなたの管理ケアヘルスプラン (Managed care health plan) のサービスを中止する場合があります。質問があれば、担当のヘルスプラン加入者サービス (Health plan membership services) にご連絡ください。

**養育および医療サポート (Child and/or Medical Support):** あなたが、キャッシュエイドを受給していなくても、居住地の養育サポートエージェンシーがサポートの給付が受けられるよう無料で支援します。あなたのためにサポートを徴収している場合、書面で中止するよう指示しない限り継続して行います。徴収した現在のサポート金をあなたに送付しますが、郡に支払われるべき期限の過ぎた金額はお送りいたしません。

**家族計画 (Family Planning):** 請求すれば、必要な情報は福祉オフィスが提供いたします。

**聴聞会のファイル:** 聴聞会を請求すると、州の聴聞会部 (State Hearing Division) がファイルを設定します。あなたには、聴聞会の前にこのファイルを見て、聴聞会の最低 2 日までにあなたのケースに関する郡の立場を表す文書の写しを得る権利があります。州は、あなたの聴聞会ファイルを、福祉課 (Welfare Department)、米国保健社会福祉省 (U.S. Department of Health and Human Services)、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.**)

## 聴聞会を請求するには:

- このページに記入してください。
- 記録として、このページの表と裏をコピーしてください。お申し出いただければ、担当者がコピーいたします。
- このページを下記に送付あるいはお持ちください:

または

- **フリーダイヤル 1-800-952-5253 まで電話で請求するか、または聴覚等に問題があり TDD を用いる場合は、1-800-952-8349 までお電話ください。**

**手助けが必要な場合:** 上記のフリーダイヤルの電話番号で、聴聞会の権利や法的支援紹介などを要請することができます。居住地域の法務支援 (Legal aid) オフィスや福祉権利オフィス (Welfare rights office) から無料の法的な援助を得ることも可能です。

聴聞会にご自分だけで行きたくない場合、友人や他の人を同伴することも可能です。

## 聴聞会の請求

次のものに関する \_\_\_\_\_ County (郡) の福祉課 (Welfare Department) の決定に対し私は、聴聞会を希望します。

- キャッシュエイド (Cash Aid)  フードスタンプ  Medi-Cal  
 その他 (一覽) \_\_\_\_\_

理由: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**書ききれない場合、こちらのチェックをし別紙にご記入ください。**

州に通訳を無料で提供してもらう必要があります (親類あるいは友人は聴聞会での通訳はできません)。

私の言語/方言: \_\_\_\_\_

給付が拒絶・変更・中止された者の氏名

|      |      |
|------|------|
| 生年月日 | 電話番号 |
|------|------|

STREET ADDRESS (居住住所)

|          |           |          |
|----------|-----------|----------|
| CITY (市) | STATE (州) | ZIP CODE |
|----------|-----------|----------|

|    |    |
|----|----|
| 署名 | 日付 |
|----|----|

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

**私は、下記の者がこの聴聞会で私の代理となることを希望します。私は、この者に、私の記録を見て、私のために聴聞会に出席することを許可するものです (この者は、友人あるいは親類でもかまいませんが、通訳はできません)。**

|    |      |
|----|------|
| 氏名 | 電話番号 |
|----|------|

STREET ADDRESS (居住住所)

|          |           |          |
|----------|-----------|----------|
| CITY (市) | STATE (州) | ZIP CODE |
|----------|-----------|----------|