카운티:

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

CALFRESH 혜택 승인 통지서

통지일 :
사례 이름 :
번호 :
직원 이름 :
번호 :
전화 :
주소 :

(ADDRESSEE)

궁금한 점이 있으십니까? 담당 직원에게 문의하십시오.

주정부 심의회: 본 조치가 잘못되었다고 생각하는 경우, 심의회를 요청할 수 있습니다. 본 페이지 뒷면에 그 방법이 설명되어 있습니다. 본 조치가 취해지기 전에 심의회를 요청하면 혜택이 변경되지 않을 수도 있습니다.

☐ **귀하의 CALFRESH 혜택 신청이 승인되었습니다.**

_____에 대한 귀하의 최초 혜택 금액은 $_____입니다. 남은 혜택 인증 기간(_____ 에서 _____까지)에 대한 혜택 금액은 $_____ 입니다.

현금보조금CASH AID 을 신청하였으나 아직 승인되지 않은 경우, 나중에 현금보조금cash aid 신청이 승인되면 귀하께 통지하지 않고 CalFresh 혜택 금액이 감액되거나 지급 중지될 수 있습니다.

☐ 귀하의 CalFresh 수혜자격은 귀하의 현금보조금cash aid 수혜자격 개시일과 같은 날에 시작됩니다.

☐ 귀하의 첫 달 보조금은 귀하의 신청서의 승인 날짜에 따라 한달치보다 더 많을 수도 있습니다.

☐ 귀하의 첫 달 보조금은 신청서를 제출한 날짜로부터 비례 배분되었습니다.

☐ **귀하께 CALFRESH 혜택이 즉시 지급되었습니다.** 이로 인해 귀하께 아직 다음 증빙서류를 요구하지 못했습니다.

귀하는 반드시 _____ 전까지 이 증빙서류를 제출해야 합니다. 그렇게 하지 않을 경우 귀하의 CalFresh 수혜자격이 중단될 것입니다. 이와 관련해 또다시 귀하께 통지서를 보내지 않습니다. 제출한 증빙서류에 의거해 귀하의 수혜자격이나 보조금에 어떤 변동이 있으면 그에 따라 변경 조치를 취할 것입니다. 변경 조치를 취하기 전에 귀하께 사전 통지서를 보내지 **않습니다**.

귀하의 CalFresh 가족에게 주정부 공과금 보조금(State Utility Assistance Subsidy SUAS) 수혜자격이 있을 수도 있습니다. 수혜자격이 있을 경우, 카운티에서 $20.01의 SUAS 지급금을 지급하게 됩니다. 이는 연간 1회에 한하며, 수혜자격이 있으면 귀하의 현금 EBT 계좌로 입금됩니다. 현금 EBT 계좌가 없을 경우, 귀하를 위해 CalFresh EBT 카드가 설정될 것입니다. 새 카드를 얻기 위해 달리 하실 일은 없습니다. 하지만 이 카드로 CalFresh로 지출할 수 없는 비용을 지불하실 수 있습니다. 이 지급금의 경우, 카운티가 식품 혜택에 대해 가장 높은 공과금 공제(Standard Utility Allowance – SUA)를 사용하는 것이 허용됩니다. EBT 카드 사용 시 $20.01를 사용할 수 있습니다. 더 자세히 알고 싶으면 지역 카운티 관청에 문의하십시오.

규정: These rules apply:
이들 규정은 복지 사무소에서 확인할 수 있습니다.

심리를 신청할 권리

귀하가 카운티의 조치에 동의하지 않는 경우에는 심리를 신청할 권리가 있습니다. 귀하는 90일 이내에 심리를 신청해야 합니다. 이 90일의 기간은 해당 카운티가 이 통지서를 전달 또는 우송한 날로부터 시작됩니다. 귀하가 심리를 90일 이내에 신청할 수 없었던 정당한 사유가 있는 경우에는 이 기간이 지난 후에도 심리를 신청할 수 있습니다. 정당한 사유를 제시하면 계속 심리 일정을 정할 수 있습니다.

Cash Aid(현금 보조), Medi-Cal(메디캘), CalFresh 또는 Child Care(보육)에 대한 조치를 취하기 전에 심리를 신청하는 경우:

- Cash Aid 또는 Medi-Cal은 귀하가 심리를 기다리는 동안 동일하게 유지됩니다.
- Child Care 서비스는 귀하가 심리를 기다리는 동안 동일하게 유지될 가능성이 있습니다.
- CalFresh 혜택은 귀하가 심리일 또는 증명 기간 종료일 중에서 더 이른 날짜까지 동일하게 유지됩니다.

심리에서 저희가 옳다는 판정을 받는 경우, 귀하는 추가로 받은 Cash Aid, CalFresh 또는 Child Care Services를 저희에게 반환해야 합니다. 심리를 시작하기 전에 귀하의 혜택을 축소 또는 중단하려면 아래에 표시하십시오.

축소 또는 중단 혜택: ☐ Cash Aid ☐ CalFresh ☐ Child Care

다음의 혜택에 대한 심리의 판정을 기다리는 동안:

Welfare to Work(근로 연계 복지):

귀하는 근로 활동에 참여할 필요가 없습니다.

귀하는 이 통지서를 받기 전에 카운티가 승인한 취업 및 근로 활동을 위한 보육 지급금을 받을 수 있습니다.

저희가 귀하에게 다른 지원 서비스에 대한 지급금이 중단될 것이라고 알려준 경우, 귀하는 근로 활동에 참여하더라도 더 이상 지급금을 받을 수 없습니다.

저희가 다른 지원 서비스 비용을 지급할 것이라고 귀하에게 알려준 경우, 그 서비스는 저희가 이 통지서에서 귀하에게 알려준 방법으로 해당 금액을 지급 받을 것입니다.

- 서비스를 받기 위해서는 카운티가 귀하에게 참석하라고 알려준 근로 활동에 가야 합니다.
- 귀하가 심리에 대한 판정을 기다리는 동안 카운티가 지불하는 지원 서비스 금액이 귀하가 근로 활동에 참여하기에 충분하지 않은 경우, 귀하는 근로 활동에 가는 것을 중단할 수 있습니다.

Cal-Learn:

- 저희가 귀하에게 서비스를 제공할 수 없다고 알려준 경우, 귀하는 Cal-Learn 프로그램에 참여할 수 없습니다.
- 저희는 승인된 학습 활동에 대한 Cal-Learn 지원 서비스 비용만을 지급할 것입니다.

기타 정보

Medi-Cal 관리진료 플랜 가입자: 이 통지서에 기재된 조치는 귀하가 관리진료 건강플랜으로부터 서비스를 받는 것을 중단시킬 수도 있습니다. 질문이 있으시면 귀하의 건강플랜 가입자 서비스에 연락할 것을 권합니다.

아동 지원 및/또는 의료 지원: 지역 아동 지원 기관은 귀하가 현금 보조를 받고 있지 않더라도 양육비를 징수하는 것을 무료로 지원할 것입니다. 아동 지원 기관이 현재 귀하를 대신해서 양육비를 징수하고 있는 경우, 이 기관은 귀하가 서면으로 중단하라고 할 때까지 계속 양육비를 징수할 것입니다. 이 기관은 징수한 현재의 양육비를 귀하에게 보낼 것이나, 카운티에 지불해야 하는 연체된 양육비를 징수하는 경우에는 이 기관이 보유합니다.

가족계획: 귀하의 복지사무소는 귀하가 요청하는 경우 이에 대한 정보를 보낼 것입니다.

심리 파일: 귀하가 심리를 신청하는 경우, 주 심리국은 파일을 작성할 것입니다. 귀하는 심리를 열기 전에 이 파일을 보고, 또한 심리를 열기 최소한 2일 전에 귀하의 케이스에 대한 카운티의 입장 진술서 사본을 받을 권리가 있습니다. 주정부는 귀하의 심리 파일을 복지국과 연방 보건복지 및 농무부에 제공할 수도 있습니다. **(복지 및 기관법 제10850 및 10950조.)**

심리 신청 방법:

- **이 페이지를 작성하십시오.**
- 기록을 남기기 위해 이 페이지의 앞면과 뒷면을 복사하여 보관하십시오.
  귀하가 요청하는 경우, 케이스 워커가 이 페이지의 사본을 제공합니다.
- 이 페이지를 다음의 주소로 발송하거나 직접 제출하십시오:

또는

- **무료 전화 1-800-952-5253또는 1-800-952-8349**(TDD를 사용하는 청각 또는 언어 장애인용)**로 전화하십시오.**

도움이 필요한 경우: 귀하는 위에 기재된 무료 주 전화번호를 사용하여 심리권에 대해 질문하거나 법률 지원 소개를 요청할 수 있습니다. 귀하는 지역 법률 지원 사무소 또는 복지권 사무소에서 무료로 법률 지원을 받을 수도 있습니다.

귀하가 심리에 혼자 출석하기를 원치 않는 경우에는 친구 또는 다른 사람과 동행할 수 있습니다.

심리 신청서

본인은 다음의 혜택에 대한 _____카운티 복지국의 조치와 관련하여 심리를 받기를 원합니다.

☐ Cash Aid (현금 보조) ☐ CalFresh

☐ Medi-Cal (메디캘)

☐ 기타(이곳에 기재)_____

심리 신청 사유: _____

_____

_____

_____

_____

☐ **공란이 더 필요하시면 이곳에 표시하고 페이지를 추가하십시오.**

☐ 본인은 주가 무료로 통역사를 제공해 주기를 원합니다. (친척 또는 친구는 심리에서 귀하를 위해 통역할 수 없습니다.)

본인이 사용하는 언어 또는 방언: _____

혜택이 거부, 변경 또는 중단된 사람의 이름	
생년월일	전화번호
주소	
시	주 우편번호
서명	날짜
이 양식을 작성한 사람의 이름	전화번호

☐ **본인은 아래에 기명된 사람이 이 심리에서 본인을 대리하기를 원합니다. 본인은 이 사람이 본인의 기록을 보거나 본인을 대신해서 심리에 출석하는 것을 허락합니다. (이 사람은 친구 또는 친척일 수 있으나, 귀하를 위해 통역할 수는 없습니다.)**

이름	전화번호
주소	
시	주 우편번호