

# 조치 통지서 (NOTICE OF ACTION) (계속)

카운티:

## 수혜자 - 재정 자격 조사

통지 일자 : \_\_\_\_\_  
 사례 : \_\_\_\_\_  
 이름 : \_\_\_\_\_  
 직원 번호 : \_\_\_\_\_  
 이름 : \_\_\_\_\_  
 번호 : \_\_\_\_\_  
 전화 : \_\_\_\_\_  
 주소 : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

귀하의 순 가산 소득 총액(18번)이 귀하의 최대 보조금(20번)보다 많기 때문에 수혜자격이 없습니다.

### 월 현금 보조 금액

섹션 A. 가산 소득(Countable Income), 해당 월 \_\_\_\_\_ :

1. 자영업 소득 ..... \$ \_\_\_\_\_
2. 자영업 관련 경비:
  - a. 40% 기준 경비 ..... - \_\_\_\_\_  
또는
  - b. 실비 ..... - \_\_\_\_\_
3. 자영업 순수입 ..... = \_\_\_\_\_
4. 장애 기초 불로 소득 총액(DBI)  
(보조 대상 가구원 + 비보조 대상 가구원) ..... \$ \_\_\_\_\_
5. \$225의 DBI 공제(4번이 \$225보다 많은 경우) ..... - \_\_\_\_\_
6. 비면제 장애 기초 불로 소득 ..... = \_\_\_\_\_  
또는
7. 비사용 DBI 공제 ..... = \_\_\_\_\_
8. 자영업 순수입(위에서) ..... + \_\_\_\_\_
9. 기타 근로 소득 총액 ..... + \_\_\_\_\_
10. \$225 중 비사용 금액(7번에서) ..... - \_\_\_\_\_
11. 소계 ..... = \_\_\_\_\_
12. 근로 소득 공제 50% ..... - \_\_\_\_\_
13. 소계 ..... = \_\_\_\_\_
14. 비면제 장애 기초 불로 소득(6번에서) ..... + \_\_\_\_\_
15. 소계 ..... = \_\_\_\_\_
16. 기타 비면제 소득(보조 대상 가구원 + 비보조 대상 가구원) ..... + \_\_\_\_\_
17. 해당 카운티에서의 징수 양육비, 최대MFG(Maximum Family Grant) 아동 제외(재정 수혜자격만 해당) .... + \_\_\_\_\_
18. 순 가산 소득 총액 ..... = \_\_\_\_\_
19. 최대 보조 지불금  
최대 보조금(Maximum Aid) \_\_\_\_\_ 명(보조 대상 가구 + 비보조 대상 가구원) ..... \$ \_\_\_\_\_  
장애 지원금(보조 대상 가구원 + 비보조 대상 가구원) + \_\_\_\_\_
20. 최대 보조 지불금 ..... = \_\_\_\_\_

규정: 다음과 같은 규정이 적용되며, 각 규정은 담당 복지 사무소를 통해 확인할 수 있습니다. MPP 44-207.2, SB 1041 (Chapter 47, Statutes of 2012).

주정부 심의회: 본 조치가 잘못되었다고 생각하는 경우, 심의회를 요청할 수 있습니다. 1 페이지 뒷면에 그 방법이 설명되어 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(메디칼), 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 Services**를 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 있으면 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 제공할 것입니다.
- 이 페이지를 다음의 주소로 발송하거나 직접 제출하십시오:

또는

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

**도움이 필요한 경우:** 귀하에 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 (메디칼)

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