

거부/부적격에 관한 CALFRESH 통지서

캘리포니아

식품지원 프로그램

카운티:

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

통지 일자: _____
 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. 이 페이지 뒷면에 심의회 신청 방법이 설명되어 있으니 참고하십시오. 본 조치가 취해지기 전에 심의회를 요청하면 귀하의 혜택은 변경되지 않을 수 있습니다.

카운티에서는 _____가(이) 캘리포니아 식품지원 프로그램 (CFAP)의 CalFresh 근로 규정을 이행하지 않았으므로 다음과 같은 조치를 취하고자 합니다.

_____ 일 부로,

- _____ 는(은) CalFresh 혜택이 거부됩니다.
- _____ 는(은) CalFresh 프로그램 수혜자격이 상실됩니다.
- 귀 가족의 CalFresh 혜택 총액은 _____ 에서 _____ 로 변경됩니다.
- 기타 _____

CalFresh 혜택을 다시 받으려면 _____ 는(은) 수혜자격이 있어야 하며, 자격이 주어지려면 반드시 다음과 같아야 합니다.

- CFAP근로 규정에서 면제되거나,
- 부적격/거부 상황을 종료시킬 조치를 취해야 합니다.
- 귀하는 언제라도 부적격 상황을 종료시킬 조치를 취할 수 있습니다.
- 귀하는 _____ 이후부터 부적격 상황을 종료시킬 조치를 취할 수 있습니다.
근로 규정에서 면제된 경우라면 언제라도 부적격 상황을 종료시킬 수 있습니다.

귀 가정에 다른 변경사항이 있는 경우에는 다른 통지서를 받게 될 것입니다.

CALFRESH 혜택이 중단 또는 거부된 이유

- 약속을 지키지 않은 경우/
요구된 정보를 제공하지 않은 경우
- 직장에 출근하지 않은 경우
- 취업을 받아들이지 않은 경우
- 근로 시간이
30 시간 이하로 변경된 경우
- 직장을 그만 둔 경우
- CalWORKs의 근로연계복지 규정을 이행하지 않은 경우
- 요구된 구직 활동,
근로 할당, 등교, 훈련 참여를 하지 않은 경우
- 기타.

CALFRESH 혜택을 받으려면

- 저희에게 연락하십시오
사유를 말씀하십시오.
- 가능하다면 출근하십시오. 해고된 경우라면 다른 직장에 출근하십시오.
- 가능하다면 취업하십시오. 아니면 다른 직장을 찾으십시오. 다른 직장은 주당 최소 30 시간 근무해야 하고 주급은 다음과 같아야 합니다.
 - 거부한 직장과 같은 수준
 - 연방 최저 시급 x 30
- 주당 최소 30 시간이 되도록 근로 시간을 늘리십시오.
- 가능하다면 직장에 복귀하십시오. 아니면 이전 직장보다 동일한 수준의 급여와 근로시간을 보장하는 다른 직장을 찾으십시오.
- 규정 이행에 착수하십시오.
- 요구된 할당을 이행하십시오.
전화 또는 방문하십시오. 무엇을 해야 하는지 알려드리겠습니다.

위의 사람은 비-지원 CFAP 근로 규정도 충족시켜야 할 필요가 있을 수 있습니다. 만일 위의 사람이 CalFresh 혜택을 계속 받기 위해 요구되는 규정 이행 기간(개월)을 충족시키지 못하여 CalFresh 자격이 박탈된 것이라면 CalFresh 혜택을 다시 받기 위해서 해야 할 일을 알려주는 또 다른 통지서가 당사자에게 발송될 것입니다.

규정: 다음 규정이 적용됩니다. 이들 규정은 복지 사무소에서 확인할 수 있습니다.

MPP 63-407 63-408 63-410 W&IC 18932(a) All County Letter 99-78 기타 _____

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 _____