

# 사용 중인 EBT 식품권 계정 조정 통지서

카운티

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

통지일 : \_\_\_\_\_  
해당자 이름 : \_\_\_\_\_  
번호 : \_\_\_\_\_  
담당자 이름 : \_\_\_\_\_  
번호 : \_\_\_\_\_  
전화번호 : \_\_\_\_\_  
주소 : \_\_\_\_\_

ADDRESSEE



질문이 있을 경우 담당자에게 문의하십시오.

**주정부 청문회:** 귀하가 이 조치가 잘못되었다고 생각할 경우 청문회를 요청할 수 있습니다. 이 페이지의 뒷면에 방법이 설명되어 있습니다. 이 조치가 취해지기 전에 청문회를 요청할 경우에는 귀하의 혜택을 변경할 수 없습니다.

## 계정 조정 검토:

카운티에서는 EBT(Electronic Benefit Transfer) 식품권 계정에 \$ \_\_\_\_\_를 추가해 달라는 귀하의 요청을 거부했습니다.

## 다음은 그 이유입니다:

귀하가 전자 식품권 혜택 계정을 이용했을 때 시스템 오류는 발생하지 않았습니다.

날짜:  
시간:  
위치:  
금액:  
기타:

이 통지서는:

- 귀하의 수혜 자격을 변경하지 않습니다.
- 귀하의 자격에 영향을 미치는 변경사항을 보고해야 하는 책임을 바꾸지는 않습니다.
- 귀하의 현금 보조 또는 Medi-Cal 혜택을 변경하지 않습니다. 현금 보조 또는 Medi-Cal 혜택이 변경될 경우, 귀하는 별도의 통지서를 받게 됩니다.
- 계정 조정 거부로 인해 계류 중에 지급되는 보조권을 귀하에게 제공하지 않습니다.

**규정:** 다음 규정이 적용됩니다: 가까운 복지 사무소에서 해당 규정을 검토할 수 있습니다. MPP 16-705 및 16-705.32.

## 계정 조정 (소매상을 통해)

\_\_\_\_\_에 귀하의 전자 식품권 혜택 계정의 잔고에서 \$ \_\_\_\_\_가 삭제됩니다.

## 다음은 그 이유입니다:

귀하가 전자 식품권 혜택 계정을 이용했을 때 시스템 오류가 발생하였습니다.

날짜:  
시간:  
위치:  
금액:  
기타:

## 중요 사항

이 조치가 취해지기 전에 청문회를 요청할 경우에는 귀하의 EBT 계정 혜택을 삭제할 수 없습니다.

귀하가 혜택을 상환해야 하지만 오류가 발생한 금액을 상환할 충분한 혜택이 계정에 없을 경우, 카운티에서는 다음 달 혜택에서 상환금을 가져갑니다.

## 이 통지서는:

- 귀하의 자격에 영향을 미치는 변경사항을 보고해야 하는 책임을 바꾸지는 않습니다.
- 귀하의 현금 보조 또는 Medi-Cal 혜택을 변경하지 않습니다. 현금 보조 또는 Medi-Cal 혜택이 변경될 경우, 귀하는 별도의 통지서를 받게 됩니다.
- 귀하의 수혜 자격을 변경하지 않습니다.

## 귀하의 청문회 권리

귀하가 카운티의 조치에 동의하지 않을 경우에는 청문회를 요청할 권리가 있습니다. 청문회를 요청할 수 있는 기간은 90일뿐입니다. 이러한 90일의 기간은 카운티가 귀하에게 이 통지서를 발송한 다음 날부터 시작합니다.

현금 보조, Medi-Cal, 식품권 또는 보육 지원에 대한 조치가 취해지기 전에 청문회를 요청할 경우에는 다음과 같은 조치가 적용됩니다:

- 청문회를 기다리는 동안에 귀하의 현금 보조 또는 Medi-Cal은 동일하게 유지됩니다.
- 청문회를 기다리는 동안에 귀하의 보육 서비스는 동일하게 유지될 수 있습니다.
- 청문회 또는 인증 기간 만료일(더 빠른 쪽)까지 귀하의 식품권은 동일하게 유지됩니다.

청문회에서 카운티가 옳다고 판결할 경우, 귀하가 받은 현금 보조, 식품권 또는 보육 서비스 중 초과분을 상환해야 합니다. 청문회 전에 혜택을 낮추거나 중단하려면, 아래에 체크하십시오:

예, 다음 혜택을 낮추거나 중단합니다:  현금 보조  식품권  보육 서비스

다음과 같은 혜택의 청문회 판결을 기다리는 동안 준수해야 할 사항:

### 근로연계복지(Welfare to Work):

귀하는 어떠한 활동에도 참여해서는 안 됩니다.

이 통지서를 받기 전에 카운티에서 승인한 활동과 취업을 위한 보육 수당을 받을 수 있습니다.

기타 보조 서비스 수당이 중단될 것임을 카운티에서 알려줄 경우, 귀하가 카운티에서 승인한 활동에 참여하더라도 더 이상 수당을 받지 못합니다.

카운티에서 다른 보조 서비스를 지급할 것이라고 알려 준 경우, 이러한 서비스는 이 통지서에 명시된 액수와 방식으로 지급됩니다.

- 해당 보조 서비스를 받기 위해서는 카운티가 귀하에게 참석하도록 명령한 활동에 가야 합니다.
- 청문회 판결을 기다리는 동안 카운티에서 지급하는 보조 서비스의 액수가 카운티에서 명령한 활동에 참여할 수 있을 만큼 충분하지 않을 경우에는 이 활동을 그만둘 수 있습니다.

### Cal-Learn:

- 카운티에서 귀하에게 서비스를 제공할 수 없다고 통지했을 경우, 귀하는 Cal-Learn 프로그램에 참여할 수 없습니다.
- 카운티는 승인된 활동에 대한 Cal-Learn 보조 서비스 수당만을 지급합니다.

### 기타 정보

**Medi-Cal 관리 의료 보험(Managed Care Plan) 가입자:** 이 통지서의 조치로 인해 귀하는 관리 의료 보험 서비스를 받지 못할 수도 있습니다. 문의사항이 있을 경우에는 의료 보험 멤버십 서비스로 연락하면 됩니다.

**양육 지원 및 의료 지원 지역 아동지원부(child support agency)**에서는 귀하가 현금 지원을 받고 있지 않더라도 지원을 받을 수 있도록 무료로 도와 드립니다. 아동지원부에서 현재 귀하를 위한 지원을 모으고 있을 경우, 귀하가 서면으로 중단 요청을 하지 않는다면 이러한 지원 모집은 계속됩니다. 아동지원부에서는 귀하에게 현재 모인 지원금을 보낼 것이지만, 귀하가 카운티에 상환하기로 되어 있는 금액은 계속 징수할 것입니다.

**가족 계획:** 복지 사무소에서는 귀하가 요청할 경우 가족 계획 정보를 제공할 것입니다.

**청문회 파일:** 귀하가 청문회를 요청할 경우, 주정부 청문회 부서(State Hearing Division)에서는 파일을 제공할 것입니다. 귀하에게는 청문회 전에 이 파일을 볼 수 있는 권리와 최소 청문회 2일 전에 귀하의 사례에 대한 카운티의 서면 진술 사본을 받을 권리가 있습니다. 주정부에서는 복지부(Welfare Department), 미국 보건복지부(U.S. Department of Health and Human Services), 미국 농무부(USDA: U.S. Department of Agriculture)에 청문회 파일을 보낼 수 있습니다. (**W&I Code Sections 10850 및 10950.**)

## 청문회를 요청하려면:

- 이 페이지를 작성합니다.
- 이 페이지의 앞면과 뒷면을 복사하여 기록을 보관합니다. 귀하가 요청할 경우, 담당자는 이 페이지의 사본을 제공합니다.
- 이 페이지를 다음 연락처로 보냅니다:

또는

- 다음 무료 전화로 연락합니다: **1-800-952-5253** 또는 TDD를 사용하는 청각 장애인이나 언어 장애인의 경우에는 **1-800-952-8349.**

**도움을 받으려면:** 귀하는 위에 기재된 무료 전화번호로 연락하여 청문권 또는 법률 지원 소개를 요청할 수 있습니다. 귀하는 지역 법률 지원 사무소 또는 복지 권리 사무소에서 무료 법률 지원을 받을 수 있습니다.

귀하가 청문회에 혼자 참석하기를 원치 않는다면, 친구 또는 다른 사람과 함께 참석할 수 있습니다.

### 청문회 요청

본인은 다음의 혜택에 대해 \_\_\_\_\_ 카운티 복지부에서 취한 조치로 인해 청문회를 요청합니다.

현금 보조  식품권  Medi-Cal

기타 (기재하십시오) \_\_\_\_\_

청문회를 요청하는 이유: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

기재 공간이 더 필요하다면, 이곳에 체크 표시를 하고 페이지를 첨부하십시오.

본인에게는 주정부에서 제공하는 무료 통역사가 필요합니다.

(친족 또는 친구는 청문회에서 귀하를 위해 통역을 할 수 없습니다.)

본인이 사용하는 언어 또는 방언: \_\_\_\_\_

혜택이 거부, 변경 또는 중단된 사람의 이름

생년월일 \_\_\_\_\_ 전화번호 \_\_\_\_\_

스트리트 주소 \_\_\_\_\_

도시 \_\_\_\_\_ 주 \_\_\_\_\_ 우편번호 \_\_\_\_\_

서명 \_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_\_

이 양식을 기재한 사람의 이름 \_\_\_\_\_ 전화번호 \_\_\_\_\_

본인은 다음 지명자가 본인을 대신하여 이 청문회에 참석하기를 원합니다. 본인은 이 지명자가 본인의 기록을 보거나 본인을 대신하여 청문회에 참석할 수 있도록 허락합니다. (이 지명자는 친구 또는 친족일 수는 있지만, 귀하를 위해 통역을 할 수는 없습니다.)

이름 \_\_\_\_\_ 전화번호 \_\_\_\_\_

스트리트 주소 \_\_\_\_\_

도시 \_\_\_\_\_ 주 \_\_\_\_\_ 우편번호 \_\_\_\_\_