

PAUNAWA NG PAG-APROBA MGA BENEPISYO NG CALFRESH

COUNTY NG _____

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

Petsa ng Paunawa : _____
Kaso : _____
Pangalan : _____
Numero : _____
Manggagawa : _____
Pangalan : _____
Numero : _____
Telepono : _____
Direksiyon : _____

(ADDRESSEE)

┌

└

┌

└

May mga Katanungan? Itanong sa inyong Manggagawa.

Pagdinig ng Estado: Kung sa palagay ninyo ay mali ang aksiyong ito, makakahingi kayo ng pagdinig. Ang likod ng pahinang ito ay magsasabi sa inyo kung paano. Ang inyong mga benepisyo ay maaaring hindi baguhin kung hihingi kayo ng pagdinig bago maganap ang aksiyong ito.

ANG INYONG APLIKASYON PARA SA CALFRESH AY NAAPROBAHAN.

Ang inyong unang halaga ng mga benepisyo ay: \$ _____ para sa _____. Ang halaga ng inyong benepisyo para sa natitira ng inyong panahon ng sertipikasyon ay \$ _____ mula sa _____ hanggang _____.

KUNG KAYO AY NAG-APLAY DIN PARA SA CASH AID, at ito ay hindi pa naaprobahan, ang inyong mga benepisyo ng CalFresh ay maaaring babaan o itigil nang walang iba pang paunawa kung ang inyong tulong na pera cash aid ay inaprobahan.

- Ang inyong pagiging karapat-dapat sa CalFresh ay magsisimula sa araw na kasabay ng tulong na pera cash aid sa inyo.
- Sa inyong mga benepisyo sa unang buwan ay kabilang ang higit sa isang buwang mga benepisyo dahil ang petsa ng inyong aplikasyon ay inaprobahan.
- Ang inyong mga benepisyo sa unang buwan ay iniakma mula sa petsa na iniharap ninyo ang inyong aplikasyon.

DAHIL NATANGGAP NINYO AGAD ANG MGA BENEPISYO NG CALFRESH, hindi namin kayo inatasan na bigyan kami ng sumusunod na pagpapatunay:

Dapat ninyong ibigay sa amin ang pagpapatunay na ito bago sumapit ang _____ o ang pagiging karapat-dapat ninyo sa CalFresh ay itigil. Hindi kayo tatanggap ng isa pang paunawa. Kung ang pagpapatunay na ipinadala ninyo ay nagbabago sa inyong pagiging karapat-dapat o mga benepisyo, gagawin namin ang pagbabago. Kayo **ay hindi** tatanggap ng nauunang paunawa bago namin gawin ang aksiyong ito.

Ang inyong sambahayan na nasa CalFresh ay maaaring karapat-dapat para sa isang pagbabayad na Tulong sa Utilidad ng Estado (State Utility Assistance Subsidy, SUAS). Kung karapat-dapat, ang county ay maggagawad ng isang \$20.01 SUAS na pagbabayad. Ito ay isang-beses kada taon na pagbabayad at kung karapat-dapat ito ay ilalagay sa inyong cash EBT account. Kung kayo ay walang cash EBT account, may itatatag para sa inyo sa inyong CalFresh EBT card. Hindi ninyo kailangang gumawa ng anuman upang makakuha ng bagong card, pero magagamit ninyo ito upang masakop ang mga gastos na hindi sakop ng CalFresh. Ang pagbabayad na ito ay nagpapahintulot sa county na gamitin ang pinakamalaking kabawasan sa utilidad (Standard Utility Allowance – SUA) para sa mga benepisyong pagkain. Maaari ninyong gamitin ang \$20.01 na ito kapag ginamit ninyo ang inyong EBT card. Kung gusto ninyo ng iba pang kaalaman, mangyaring makipag-ugnayan sa lokal na opisina ng county.

Mga Tuntunin: Ang mga tuntuning ito ay pinairal:
Maaari ninyong repasuhin ang mga ito online o sa inyong opisina ng welfare.

ANG MGA KARAPATAN NINYO SA PAGDINIG

May karapatan kayong humiling ng pagdinig kung hindi kayo sang-ayon sa anumang aksyon ng county. 90 araw lamang ang mayroon kayo para humiling ng pagdinig. Nagsimula ang takdang panahon na 90 araw noong kinabukasan ng araw na ibinigay o ikinoreo sa inyo ang notisyang ito. Kung mayroon kayong mabuting katwiran kung bakit hindi kayo nakapag-file para sa pagdinig sa loob ng itinakdang 90 araw, maaari pa rin kayong mag-file para sa pagdinig. Kung makapagbigay kayo ng mabuting katwiran, maaari pa ring magtakda ng pagdinig.

Kung humiling kayo ng pagdinig bago mangyari ang aksyon tungkol sa Cash Aid, Medi-Cal, CalFresh, o Child Care:

- Mananatiling pareho ang inyong Cash Aid o Medi-Cal habang hinihintay ninyo ang pagdinig.
- Maaaring manatiling pareho ang inyong Child Care Services habang hinihintay ninyo ang pagdinig.
- Mananatiling pareho ang inyong mga benepisyo sa CalFresh hanggang sa pagdinig o sa katapusan ng takdang panahon para sa pagpapatunay ninyo, alinman ang mauna.

Kung ang hatol ng pagdinig ay nagpapahayag na tama kami, kayo ay magkakautang sa amin para sa anumang ekstra na Cash Aid, CalFresh o Child Care Services na natanggap ninyo. Para pahintulutan kaming babaan o ihinto ang mga benepisyo ninyo bago idaos ang pagdinig, markahan ng check sa ibaba nito:

Oo, babaan o ihinto: Cash Aid CalFresh
 Child Care

Habang Hinihintay Ninyo ang Hatol ng Pagdinig para sa:

Welfare to Work:

Hindi kayo kailangang sumali sa mga gawain.

Maaari kayong tumanggap ng bayad para sa pagpapaalaga ng bata para sa empleo at mga gawain na inaprobahan ng county na nauna sa notisyang ito.

Kung ipinabatid namin sa inyo na ihihinto ang mga bayad para sa inyong mga ibang serbisyong pang-alalay, hindi na kayo makakatanggap ng mga bayad, kahit na pumunta kayo sa gawain ninyo.

Kung ipinabatid namin sa inyo na babayaran namin ang inyong mga ibang serbisyong pang-alalay, babayaran ang mga ito sa halaga at sa paraan na binanggit namin sa inyo sa notisyang ito.

- Para makuha iyong mga serbisyong pang-alalay, dapat kayong pumunta sa gawaing sinabi sa inyo ng county na daluhan.
- Kung ang halaga ng mga serbisyong pang-alalay na ibinabayad sa inyo ng county habang hinihintay ninyo ang hatol ng pagdinig ay hindi sapat para mapahintulutan kayong sumali, maaari kayong huminto sa pagpunta sa gawain.

Cal-Learn:

- Hindi kayo maaaring sumali sa Cal-Learn Program kung ipinabatid namin sa inyo na hindi namin kayo mapaglilingkuran.
- Mga serbisyong pang-alalay ng Cal-Learn para sa isang aprobangong gawain lamang ang babayaran namin.

IBA PANG IMPORMASYON

Mga Myembro ng Medi-Cal Managed Care Plan: Maaaring itigil ng aksyong nasa notisyang ito ang inyong kakayahang makakuha ng serbisyo mula sa inyong managed care health plan. Maaaring gustohin ninyong kontakin ang membership services ng inyong health plan kung mayroon kayong mga tanong.

Sustentong Pambata at/o Medical: Tutulong ang lokal na ahensya ng sustentong pambata na kumolekta ng sustento na walang bayad kahit na hindi kayo kasali sa cash aid. Kung kumukolekta na sila ngayon ng sustento para sa inyo, patuloy nilang gagawin ito maliban kung sabihin ninyo sa kanila na huminto sa pamamagitan ng isang kasulatan. Ipadadala nila sa inyo iyong perang nakolekta para sa kasalukuyang sustento pero mananatili sa kanila ang perang nakolekta para sa atrasadong bayad na utang sa county.

Family Planning: Bibigyan kayo ng impormasyon ng inyong opisina ng welfare kapag humiling kayo nito.

File para sa Pagdinig: Kung humiling kayo ng pagdinig, gagawa ang State Hearing Division ng file. May karapatan kayong makita itong file bago idaos ang inyong pagdinig at makakuha ng kopya ng nakasulat na paninindigan ng county sa kaso ninyo nang dalawang araw man lamang bago idaos ang pagdinig. Maaaring ibigay ng estado ang inyong file para sa pagdinig sa Welfare Department at sa U.S. Departments of Health and Human Services and Agriculture. (W&I Code Sections 10850 and 10950.)

PARA HUMILING NG PAGDINIG:

- **Sagutin ang pahinang ito .**
- Gumawa ng kopya ng harap at ng likod ng pahinang ito para sa inyong records.
Kung hihilingin ninyo, kukuha ang tauhang mayhawak sa kaso ninyo ng kopya nitong pahina para sa inyo.
- **Ipadala o dalhin ang pahinang ito sa:**

O

- **Tumawag nang libre sa: 1-800-952-5253 o** para sa may kapansanan sa pandinig o pananalita na gumagamit ng TDD, sa **1-800-952-8349.**

Para Makakuha ng Tulong: Maaari kayong magtanong tungkol sa inyong mga karapatan sa pagdinig o para sa pagsangguni sa legal aid sa mga numero ng telepono ng estado na libre ang tawag na nakalista sa itaas. Maaari kayong makakuha ng libreng tulong tungkol sa batas sa lokal na opisina ng legal aid o welfare rights.

Kung ayaw ninyong pumunta nang nag-iisa sa pagdinig, maaari kayong magsama ng kaibigan o ng sinuman.

KAHILANGAN PARA SA PAGDINIG

Gusto ko ng pagdinig dahil sa isang aksyon ng Welfare Department ng County ng _____ tungkol sa aking:

Cash Aid CalFresh Medi-Cal

Iba pa (ilista) _____

NARITO ANG DAHILAN: _____

Kung kailangan ninyo ng karagdagang espasyo, markahan ng check dito at magdagdag ng pahina.

Nangangailangan akong mabigyan ng estado ng tagapagsalin na walang gastos sa akin. (Hindi maaaring magsalin para sa inyo ang isang kamag-anak o kaibigan sa pagdinig.)

Ang aking wika o dialekto ay: _____

PANGALAN NG TAO KUNG KANINONG MGA BENEPISYO ANG HININDIAN, BINAGO O HININTO

ARAW NG KAPANGANAKAN NUMERO NG TELEPONO

ADDRESS

LUNGSOD ESTADO ZIP CODE

PIRMA PETA

PANGALAN NG TAONG SUMASAGOT SA FORM NA ITO NUMERO NG TELEPONO

Ang taong nakapangalan sa ibaba ang gusto kong gumanap na kinatawan ko sa pagdinig na ito. Pinahihintulutan ko ang taong ito na makita ang aking records o pumunta sa pagdinig para sa akin. (Ang taong ito ay maaaring isang kaibigan o kamag-anak pero hindi maaaring magsalin para sa inyo.)

PANGALAN NUMERO NG TELEPONO

ADDRESS

LUNGSOD ESTADO ZIP CODE