

PAUNAWA NG PAGTANGGI/ DISKUWALIPIKASYON SA CALFRESH PARA SA PROGRAMANG TULONG NA PAGKAIN NG CALIFORNIA

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 : _____

May mga Katanungan? Itanong sa inyong Manggagawa.

(ADDRESSEE)

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

Ang County ay gagawa ng sumusunod na aksiyon dahil si _____ ay hindi sumunod sa mga tuntunin sa trabaho ng CalFresh para sa California Food Assistance Program (CFAP).

Pagsapit ng _____,

- si _____ ay hindi na tatanggap ng mga benepisyo ng CalFresh.
- si _____ ay diskuwalipikado mula sa Programang CalFresh.
- Ang halaga ng mga benepisyo ng CalFresh ng inyong sambahayan ay babaguhin mula sa _____ patungo sa _____.
- Iba _____

Upang muling makakuha ng mga benepisyo ng CalFresh, si _____ ay kailangang karapat-dapat. Upang maging karapat-dapat, ang taong iyon ay dapat na:

- Di-saklaw ng mga tuntunin sa trabaho ng CFAP, o
- Gumawa ng aksiyon upang tapusin ang diskuwalipikasyon o pagtangga.
- Makakagawa kayo ng aksiyon kahit kailan upang tapusin ang diskuwalipikasyon.
- Makakagawa lamang kayo ng aksiyon pagkaraan ng _____ upang tapusin ang diskuwalipikasyon.

Matatapos ninyo ang diskuwalipikasyon na ito kahit kailan kung kayo ay maging di-saklaw ng mga tuntunin sa trabaho.

Kung ang inyong sambahayan ay may ibang mga pagbabago tatanggap kayo ng isa pang paunawa.

BAKIT ANG MGA BENEPISYO NG CALFRESH AT PINATIGIL O ITINANGGI	PAANO DAPAT KUMUHA NG MGA BENEPISYO NG CALFRESH
<input type="checkbox"/> Hindi nakarating sa appointment/ Hindi ibinigay sa amin ang impormasyong hiningi namin.	Tawagan kami/ Ibigay sa amin ang impormasyon.
<input type="checkbox"/> Hindi pumunta sa isang trabaho.	Pumunta sa isang trabaho kung ito ay makukuha pa o pumunta sa ibang trabaho kapag ipinadala.
<input type="checkbox"/> Tinanggihan ang isang trabaho.	Kunin ang trabaho kung ito ay naroon pa o humanap ng ibangtrabaho. Ang ibang trabaho ay dapat na hindi kukulangin sa 30 oras kada linggo, o nagbabayad ng kaparehong halaga kada linggo tulad ng: <ul style="list-style-type: none"> ● Trabahong tinanggihan ninyo, o ● Pederal na pinakamababang suweldo na iminultiplay sa 30.
<input type="checkbox"/> Binago ang bilang ng mga oras na nagtrabaho patungo sa mas mababa kaysa 30 oras kada linggo.	Dagdagan ang mga oras na nagtrabaho sa hindi kukulangin sa 30 oras kada linggo.
<input type="checkbox"/> Nagbitiw sa trabaho.	Kuning muli ang trabaho kung ito ay bukas pa, o humanap ng ibang trabaho na ang bayad o mga oras ng trabaho ay hindi mas mababa kaysa trabaho kung saan nagbitiw kayo.
<input type="checkbox"/> Hindi natugunan ang mga tuntunin ng welfare-to-work para sa California Work Opportunity and Responsibility to Kids (CalWORKs) Program	Simulan ang pagtugon sa mga tuntuning iyon.
<input type="checkbox"/> Hindi nagpunta sa paghahanap ng trabaho itinalagang gawain, sa paaralan, o sa pagsasanay na ipinadala namin kayo.	Simulan ang paggawa ng mga itinalaga namin sa inyo. Tumawag o makipagkita sa amin. Sasabihin namin sa inyo kung ano ang dapat gawin.
<input type="checkbox"/> Iba.	

Ang taong nakalista sa itaas ay maaaring kailangang tumugon din sa tuntunin sa trabaho ng Walang-Pagtulong na CFAP. Kung ang taong iyon ay hindi karapat-dapat para sa CalFresh dahil hindi siya nakatugon sa tuntuning iyon para sa sapat na dami ng mga buwan upang patuloy na makatanggap ng mga benepisyo ng CalFresh, ang isa pang paunawa ay ipadadala na nagsasabi sa kanya kung ano ang kailangan nilang gawin upang makatanggap ng mga benepisyo ng CalFresh.

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

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

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