

식품권 조치 통지서 EBT 계좌

카운티

ADDRESSEE

통지일: _____
해당자 이름: _____
담당자번호: _____
이름: _____
번지수: _____
전화번호: _____
주소: _____

질문이 있을 경우 담당자에게 문의하십시오.

주정부 청문회: 귀하가 이 조치가 잘못되었다고 생각할 경우 청문회를 요청할 수 있습니다. 이 페이지의 뒷면 방법 설명이 포함되어 있습니다. 이 조치가 취해지기 전에 청문회를 요청할 경우에는 귀하의 혜택을 변경할 수 없습니다.

비활성화된 계좌

저희 기록에 의하면 귀하께서는 지난 135일 동안 식품권 EBA (Electronic Benefit Account)를 사용하지 않으셨습니다.

_____까지 식품권 카드를 사용하지 않으시는 경우에는 카운티에서 전자 식품권 혜택을 중단하게 됩니다. 식품권 혜택 카드를 사용하시면 혜택 중단을 막으실 수 있습니다.

저희 기록에 의하면 귀하께서는 지난 180일 동안 식품권 EBA (Electronic Benefit Account)를 사용하지 않으셨습니다.

카운티는 _____자로 귀하의 식품권 혜택을 중단했습니다. 전자 식품권 혜택 계좌를 다시 활성화하시려면 카운티 담당자에게 연락해 주십시오.

지난 365일 동안 사용하지 않으신 전자 식품권 혜택이 있는 경우, 사용하지 않은 혜택은 귀하의 EBT 계좌에서 제거되어 다시 복구되지 않습니다.

재활성화된 계좌

카운티는 _____부터 귀하의 전자 식품권 계좌를 사용하기 시작했습니다.

카드를 분실하신 경우에는 1-877-328-9677로 연락해 주십시오. EBT 카드 사용에 도움이 필요하신 경우에는 카운티 담당자에게 연락해 주십시오.

이 통지서는:

- 귀하의 혜택 자격이 변경되지 않습니다.
- 귀하의 자격에 영향을 주는 보고 책임이 변경되지 않습니다. 또한
- 귀하의 현금 보조금 또는 Medi-Cal 혜택을 변경하지 않습니다. 해당 혜택이 변경되는 경우, 귀하께 별도로 통지해 드립니다.

규정: 다음 규정이 적용됩니다. 가까운 복지 사무소에서 해당 규정을 검토할 수 있습니다. MPP 16-120.

당신의 청문회 권리

만약 카운티의 조치에 동의하지 않으면 당신은 청문회를 요청할 권리가 있습니다. 청문회 요청은 90일 이내에 해야 합니다. 이 90일은 카운티가 이 통보를 주거나 발송한 날부터입니다.

만약 당신이 현금보조, 의료보조, 식량보조 또는 아동부양에 대한 조치가 취해지기 전에 청문회를 요청하면:

- 당신의 현금보조나 의료보조는 청문회를 기다리는 동안 유지될 것입니다.
- 당신의 아동부양 보조는 청문회를 기다리는 동안 유지될 것입니다.
- 당신의 식량보조는 청문회나 배급권 기한 만료중 먼저 오는 날 까지 유지될 것입니다.

만약 청문회의 결정이 우리가 옳았으면 당신은 초과 지급된 현금보조, 식량보조나 아동부양 보조등을 갚아야 됩니다.

당신의 혜택을 청문회 전에 내려 주기를 원하면 아래 칸에 표시하십시오: 예, 삭감 또는 정지: 현금보조 식량보조 아동부양 보조

당신이 아래 사항들에 대한 청문회 결정을 기다리는 동안: 복지에서 근로로(Welfare to Work):

당신은 활동에 참여하지 않아도 됩니다. 당신은 이 통보 이전에 카운티에서 승인한 활동이나 고용을 위해 아동부양 보조를 받을 수 있습니다. 만약 우리가 당신의 보조가 정지된다 했으면 당신이 활동에 참여한다 해도 아무런 보조도 더 이상 받지 못할 것입니다. 만약 우리가 당신의 보조가 지급된다 했으면 이 통보에 적힌 액수와 방법대로 지불 될 것입니다.

- 그런 보조를 받기 위해서는 카운티에서 지정한 활동에 참여해야 합니다.
- 만약 청문회의 결과를 기다리는 동안 카운티에서 지불하는 보조액이 활동에 참가하기에 너무 부족하면 그 활동에 참가하는 것을 중단할 수 있습니다.

교육보조(Cal-Learn)

- 우리가 당신을 수용할 수 없다고 했으면 당신은 교육보조 프로그램에 참여할 수 없습니다.
- 우리는 인가된 활동에 대해서만 교육보조비를 지불합니다.

기타 정보

의료보조 관리계획 회원 (Medi-Cal Managed Care Plan Members): 이 통보의 조치는 당신의 관리 건강계획으로부터 보조를 중단시킬 것입니다. 질문이 있으면 건강 관리 계획부에 문의하십시오.

아동부양 그리고/또는 의료보조: 지역 아동부양 요원이 당신이 현금보조를 받지 않는다 해도 무료로 보조금을 받아줄 것입니다. 만약 그들이 보조금을 받아주고 있으면 당신이 서면으로 정지시키지 않는 한 계속할 것입니다. 그들이 현재 보조금은 받아 주지만 카운티가 밀린 지난 보조금은 그들이 갖게 될 것입니다.

가족 계획: 당신이 원하면 복지 사무소에서 정보를 드릴 것입니다.

청문회 접수: 당신이 청문회 신청을 하면 주 청문국은 서류를 작성할 것입니다. 당신은 청문회 전에 이 서류를 볼 권리가 있으며 당신의 케이스에 대한 카운티의 입장을 청문회 최소한 이틀 전에 서면으로 받아볼 수 있습니다. 주 정부는 당신의 청문회 서류를 복지과, 보건과, 인문 봉사부 그리고 농무성에 줄 수도 있습니다. (W&I Code Sections 10850 and 10950.)

청문회를 요청하기 위해서는:

- 이 페이지를 기재하십시오.
- 당신의 기록을 위해 이 페이지의 전 후면을 복사해 놓으십시오. 담당자에게 말하면 이 면의 앞 페이지를 복사해 줄 것입니다.
- 아래 주소로 가져가거나 보내십시오:

또는

- 무료전화: 1-800-952-5253 을 사용하거나 청각 또는 언어 장애자는 TDD 1-800-952-8349 를 이용하십시오.

도움 청하기: 당신은 위의 전화 번호로 청문회에 관한 당신의 권리나 법적 도움을 알선을 부탁할 수 있습니다. 당신은 지역 법률 상담소나 복지사무소로부터 무료 도움을 받을 수 있습니다.

만약 당신이 청문회에 혼자 가고 싶지 않으면 당신의 친구나 다른 사람을 데려갈 수 있습니다.

청문회 신청서

나는 _____ 카운티의 복지과에서 취한 하기의 사항에 대한 조치로 인하여 청문회를 신청합니다.

- 현금보조 식량보조 의료보조
 기타 (서술하십시오) _____

이유 설명: _____

공간이 더 필요하면 여기에 표시하고 다른 페이지를 첨부하십시오.

나는 주 정부에 무료 통역관 제공을 의뢰합니다.
(친지나 친구는 청문회에서 당신의 통역관이 될 수 없습니다)
나의 언어 또는 방언: _____

혜택이 거절, 변경 또는 정지된 사람의 성명

생년 월일 _____ 전화 번호 _____

주소 _____

시 _____ 주 _____ 우편 번호 _____

서명 _____ 일자 _____

서류 작성자 성명 _____ 전화 번호 _____

나는 하기한 사람이 이 청문회에서 나를 대표하기 원 합니다. 나는 이 사람이 나의 기록을 보거나 내 대신 청문회에 갈 것을 허락합니다. (이 사람은 친구나 친척일 수 있지만 통역을 할 수는 없습니다.)

이름 _____ 전화 번호 _____

주소 _____

시 _____ 주 _____ 우편 번호 _____