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

COUNTY NG

# PAUNAWA UKOL SA SOBRANG NAIBIGAY NG CALFRESH PARA SA MGA KAMALIANG ADMINISTRATIBO LANG O ADMINISTRATIVE ERRORS (AE)

Petsa ng Abiso : ____________________

Kaso
Pangalan : ____________________
Bilang : ____________________

Worker
Pangalan : ____________________
Bilang : ____________________
Telepono : ____________________
Address : ____________________

(ADDRESSEE)

**Mga Katanungan? Tanungin ang iyong Worker.**

**Pagdinig ng Estado:** Kung sa palagay mo, mali ang hakbang na ito, maaari kang humiling ng isang pagdinig. Mababasa sa likod ng pahinang ito kung paano mo gawin. Hindi maaaring baguhin ang iyong mga benepisyo kung humiling ka ng isang pagdinig bago maganap ang hakbang na ito.

Napakaraming benepisyo ng CalFresh ang naibigay sa:

☐ sambahayan.

☐ sambahayan na iyong inisponsor.

Narito kung bakit:

☐ Ang di naiulat na kinitang sahod ay hindi kwalipikado para sa 20% kabawasan.

Dapat mong bayaran ang sobrang mga benepisyo ng CalFresh. $__________ sa sobrang mga benepisyo ng CalFresh ay inisyu para sa yugto na ___________________________.

Ang sambahayan ay tumanggap ng $_________ sa mga benepisyo ng CalFresh.

Ang sambahayan ay dapat sanang tumanggap ng $ ________ sa mga benepisyo ng CalFresh $________ (sobrang mga benepisyo ng CalFresh) ang iyong natanggap binawasan sa dapat mo sanang natanggap.

Ang halagang ito ay binawasan ng $ ___________ dahil tumanggap kami ng bayad bilang bahagi ng halagang dapat bayaran. Ngayon ay may dapat kang bayaran na $•____________.

**Tingnan kung paano namin kinalkula ang sobrang halagang natanggap mo sa worksheet na kalakip ng abisong ito.**

- Hindi mo kailangang gamitin ang anumang mga benepisyo ng SSI na natanggap mo upang bayaran ang sobrang naibigay na ito.
- Ang koleksiyon ay magmumula sa lahat ng mga nasa hustong gulang sa sambahayan nang maganap ang sobrang pagbibigay.

**IKAW AY DAPAT NA:**

Magbayad sa mga sobrang benepisyo ng CalFresh nang buo, o kompletuhin, pirmahan at ibalik ang nakalakip na form ng Repayment Agreement (DFA 377.7E) at magbayad gaya ng napagkasunduan.

**Mga tuntunin:** Umiiral ang mga tuntuning ito: MPP 63-801.43, 63-801.22, 63-801.7, 63-801.4
Maaari mong rebyuhin ang mga ito sa inyong welfare office.

**Babala:** Kung naniniwala ka na ang sobrang naibigay o overissuance na ito ay mali, ito ang iyong huling pagkakataon na humiling ng isang pagdinig. Kung mananatili ka sa CalFresh, maaaring babaan ng county ang iyong mga benepisyo ng CalFresh upang kolektahin ang sobrang naibigay maliban kung ang county ang may kamalian. Kung aalis ka sa CalFresh bago mabayaran ang sobrang naibigay, maaaring kunin ng county ang dapat mong bayaran mula sa iyong income tax refund ng estado/pederal gaya ng pinapahintulutan ng batas.

**MGA HAKBANG NG PROGRAMA:**

- Ang kasunduan ng iyong pagbabayad ay ibabatay sa iyong kasalukuyang kakayahang magbayad gaya ng kinalkula ng county. Anumang mga pagbabago sa iyong kakayahang magbayad ay maaaring magpapabago sa iyong buwanang mga bayad.
- Kung hindi mo pirmahan at ibalik ang kasunduan sa loob ng 30 araw pagkatapos ng petsa ng abisong ito, ang halaga ng mga benepisyo ng CalFresh ay babawasan ng ________% simula _________________ .
- Kung hindi ka magbayad, maaaring gamitin ng county ang ibang mga paraan sa pagkolekta ng halagang dapat bayaran, gaya ng sa pamamagitan ng korte, mga paraan ng ibang ahensiya ng pangongolekta at sa pamamagitan ng hakbang ng pangongolekta ng pederal na pamahalaan.
- Kung ang kamaliang ito ay rerepasuhin sa bandang huli ng korte o pagdinig at mapagpasyahang iyong kasalanan, ipapataw ang mga parusa kahit na sumang-ayon ka na bayaran kung ano ang iyong dapat bayaran.
- Kung ang pagki-claim ay maging delingkwente o kakasuhan ang sambahayan, maaaring mapapailalim ka sa karagdagang pagproseso ng mga singil o mga gastos sa korte.
- Kung hindi mo bayaran ang halagang dapat bayaran, maaaring kunin ng county ang iyong income tax refund ng estado/pederal at/o hilingin sa korte na ilakip ang iyong mga suweldo o anumang mga propyedad na iyong pag-aari.

## 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 (Food Stamps), 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 CalFresh (Food Stamps) 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 (Food Stamps) 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 (Food Stamps) ☐ 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 aprobadong 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.**

### KAHILINGAN PARA SA PAGDINIG

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

☐ Cash Aid ☐ CalFresh (Food Stamps) ☐ 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 | PETSA | |
| 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 |