採取行動通知

郡

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

通知日期 : _____
案件姓名 : _____
號碼 : _____
工作員姓名: _____
號碼 : _____
電話 : _____
地址 : _____

(ADDRESSEE)

假有問題嗎？ 可以問你的工作員。

州聽證：假如你認為採取的行動是錯誤的，你可以請求聽證。本頁反面會告訴你怎樣進行。假如你在採取行動以前請求聽證的話，你的福利不會改變。

自_____ 起，郡政府將把_____ 調離引至工作的福利計劃(Welfare toWork)。

理由在於：

_____ 對不做在他／她簽署的遵循計劃書中所同意做的事並沒有充分的理由。他／她曾同意做：

_____
_____

在你不參加引至工作的福利計劃時，我們將不支付托兒照顧，交通或與工作或訓練有關的花費。我們將不改變你的現金補助金額。

你在遲些日子可能可以再參加引至工作的福利計劃。要瞭解到你何時可以再次參加以及必須做些什麼，請和_____ _____聯絡， 電話_____ - _____ 。

Medi-Cal: 這份採取行動通知並不改變或停止加州醫藥補助 (Medi- Cal) 福利。 **請保留你的塑料福利辨認卡。**

法規： 這些條例適用; 你可以在你的福利所查看：
CALWOKs Implementation Guidelines, Section XI, Welf. & Inst. Code 11327.4, 11327.5