

## หนังสือแจ้งการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับ CALFRESH: ยกเลิกการรายงานทุกครึ่งปี

เทศมณฑล

วันที่แจ้ง : \_\_\_\_\_  
 ชื่อกรณี : \_\_\_\_\_  
 เลขที่กรณี : \_\_\_\_\_  
 ชื่อเจ้าหน้าที่ : \_\_\_\_\_  
 หมายเลขของเจ้าหน้าที่ : \_\_\_\_\_  
 หมายเลขโทรศัพท์ : \_\_\_\_\_  
 ที่อยู่ : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

(Addressee)


หากคุณมีข้อสงสัยหรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดำเนินการนี้ โปรดติดต่อเจ้าหน้าที่ของคุณ

**การพิจารณาของรัฐ:** ถ้าคุณคิดว่าการดำเนินการนี้ไม่ถูกต้อง คุณสามารถขอให้มีการพิจารณาได้ เว้นเสียแต่ว่าคุณจะมีการพิจารณาจากรัฐไปแล้วเกี่ยวกับจำนวนเงินที่คุณติดค้าง หน้าสองและสามจะบอกให้คุณทราบว่าต้องทำอะไร สวัสดิการของคุณอาจไม่เปลี่ยนแปลงถ้าคุณขอให้มีการพิจารณาก่อนที่การดำเนินการนี้จะเกิดขึ้น

### สาระสำคัญของการเปลี่ยนแปลง

- เนื่องจากครัวเรือนของคุณมีแต่ผู้สูงวัย และ/หรือผู้ทุพพลภาพที่ไม่มีรายได้จากการทำงาน คุณไม่จำเป็นต้องกรอกแบบฟอร์มรายงานทุกครึ่งปี (Semi-Annual Report หรือ SAR 7) อีกต่อไปแล้ว
- คุณอาจยังจำเป็นต้องรายงานความเปลี่ยนแปลงบางอย่าง รวมทั้งเมื่อรายได้รวมต่อเดือนของครัวเรือนของคุณเกินจำนวนที่กำหนดให้ต้องรายงานรายได้ (Income Reporting Threshold หรือ IRT) ทางเทศมณฑลจะส่งแบบฟอร์ม (SAR 2) เพื่อเตือนให้คุณทราบถึง IRT ของคุณ หากคุณต้องการข้อมูลเพิ่มเติมก่อนที่จะถึงตอนนั้น เพื่อที่ว่า你会จะได้ทราบว่าเมื่อใดที่ต้องรายงาน โปรดติดต่อเทศมณฑลของคุณ
- ขณะนี้ คุณไม่ต้องทำอะไรทั้งสิ้น
- ก่อนที่ระยะเวลาการรับรองของคุณจะสิ้นสุดลง คุณจะได้รับหนังสือแจ้งการหมดอายุของการรับรอง เมื่อได้รับหนังสือแจ้งนั้นแล้ว คุณจะต้องดำเนินการ หนังสือแจ้งนั้นจะอธิบายให้คุณทราบว่าจำเป็นต้องทำอะไรบ้าง

**กฎ:** กฎเหล่านี้ใช้บังคับการดำเนินการข้างต้น: 7 CFR 273.2(e), 7 CFR 273.2(f), 7 CFR 273.10(f)(1); 7 CFR 273.10(f)(4); 7 CFR 273.14(b)(3) คุณสามารถอ่านกฎเหล่านี้ได้ที่ [cdss.ca.gov](http://cdss.ca.gov) หรือที่สำนักงานเทศมณฑลในท้องที่ของคุณ

## สิทธิในการไต่สวนพิจารณาของท่าน

คุณมีสิทธิ์ที่จะขอให้มีการไต่สวนพิจารณา หากคุณไม่เห็นด้วยกับการดำเนินการของเคาน์ตี คุณมีเวลาเพียง 90 วันในการขอให้มีการไต่สวนพิจารณา ระยะเวลา 90 วัน เริ่มต้นนับจากวันที่เคาน์ตีให้หรือส่งจดหมายแจ้งเตือนนี้ให้คุณทางไปรษณีย์ หากคุณมีเหตุผลที่ดีว่าทำไมคุณจึงไม่สามารถยื่นคำร้องขอให้มีการไต่สวนพิจารณาภายใน 90 วัน คุณก็ยังสามารถยื่นคำร้องได้ หากคุณให้เหตุผลที่ดี ก็อาจมีกำหนดนัดไต่สวนพิจารณาคดีได้.

หากคุณขอให้มีการไต่สวนพิจารณาก่อนการกระทำใด ๆ ต่อ Cash Aid, Medi-Cal, CalFresh, หรือ Child Care จะเกิดขึ้น:

- เงินสดช่วยเหลือหรือ Medi-Cal ของคุณจะยังคงเหมือนเดิม ในขณะที่รอการไต่สวนพิจารณา
- บริการดูแลบุตรของคุณอาจจะยังคงอยู่เหมือนเดิม ในขณะที่คุณรอการไต่สวนพิจารณาคดี
- สวัสดิการ CalFresh ของคุณจะยังคงเหมือนเดิม จนกว่าจะมีการไต่สวนพิจารณาหรือเมื่อระยะเวลาการรับรองของคุณสิ้นสุดลง อย่างไรก็ตามที่มาถึงก่อน

หากคำตัดสินออกมาว่าเราถูกต้อง คุณจะติดหนี้ค่า Cash Aid, CalFresh หรือ บริการดูแลบุตรที่คุณได้รับเพื่อให้เราลดหรือหยุดสวัสดิการของคุณก่อนการไต่สวนพิจารณาคดี ให้ทำเครื่องหมายด้านล่าง:

ใช่, ลดลงหรือหยุด:  Cash Aid  CalFresh  
 บริการดูแลบุตร

**ในขณะที่คุณรอคำตัดสินจากการไต่สวนพิจารณาคดี:**  
**สวัสดิการในการทำงาน:**

คุณไม่จำเป็นต้องมีส่วนร่วมในกิจกรรมเหล่านั้น

คุณอาจยังได้รับเงินค่าเลี้ยงดูบุตรสำหรับการจ้างงานและกิจกรรมที่ได้รับอนุมัติจากเคาน์ตีก่อนที่จะได้รับจดหมายฉบับนี้.

หากเราบอกคุณว่าการจ่ายเงินบริการสนับสนุนอื่น ๆ ของคุณจะหยุดลง คุณจะไม่ได้รับการชำระเงินใด ๆ อีกต่อไป แม้ว่า คุณจะไปร่วมกิจกรรมของคุณก็ตาม.

หากเราบอกคุณว่า เราจะจ่ายเงินบริการสนับสนุนอื่น ๆ การจ่ายเงินเหล่านั้นจะจ่ายในจำนวนและในวิธีที่เราได้บอกคุณในจดหมายฉบับนี้.

- ในการรับบริการสนับสนุนเหล่านั้น คุณต้องไปร่วมกิจกรรมที่เคาน์ตีแจ้งให้คุณไปเข้าร่วม

- หากจำนวนบริการสนับสนุนที่เคาน์ตีจ่ายให้คุณ ในขณะที่คุณรอคำตัดสินไม่เพียงพอให้คุณเข้าร่วม คุณก็สามารถหยุดไม่ไปร่วมกิจกรรมก็ได้.

## Cal-Learn:

- คุณไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรม Cal-Learn ถ้าเราบอกคุณว่าเราไม่สามารถให้บริการคุณได้
- เราจะจ่ายเฉพาะบริการสนับสนุน Cal-Learn เท่านั้นสำหรับกิจกรรมที่ได้รับอนุมัติแล้ว

## ข้อมูลอื่น ๆ

**สมาชิกแผนการดูแลที่มีการจัดการของ Medi-Cal:** การดำเนินการตามจดหมายฉบับนี้อาจทำให้บริการจากแผนการดูแลที่มีการจัดการของคุณหยุดลง ถ้าคุณมีคำถาม คุณสามารถติดต่อศูนย์บริการสมาชิกแผนสุขภาพของคุณได้

**การช่วยเหลือทางด้านการเลี้ยงดูเด็ก และ/หรือ ด้านการแพทย์:** หน่วยงานด้านการช่วยเหลือทางด้านการเลี้ยงดูเด็กในท้องถิ่นจะช่วยรวบรวมความช่วยเหลือโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ แม้ว่า คุณจะไม่ได้อยู่ในโครงการให้เงินสดช่วยเหลือก็ตาม หากพวกหน่วยงานเก็บเงินค่าสนับสนุนให้คุณ พวกเขาจะเก็บต่อไปจนกว่าคุณจะแจ้งพวกเขาเป็นลายลักษณ์อักษรให้หยุด พวกเขาจะส่งเงินสนับสนุนจำนวนปัจจุบันให้คุณ แต่จะเก็บเงินคงค้างชำระที่ค้างชำระอยู่กับเคาน์ตี

**การวางแผนครอบครัว:** สำนักงานสวัสดิการของคุณจะให้ข้อมูลเมื่อคุณขอรับข้อมูล

**แฟ้มการไต่สวนพิจารณา:** หากคุณขอให้มีการไต่สวนพิจารณา ฝ่ายการไต่สวนพิจารณาคดีของรัฐจะสร้างแฟ้มคดี คุณมีสิทธิ์ตรวจดูแฟ้มคดีนี้ก่อนการไต่สวนพิจารณาคดีของคุณ และรับสำเนาเอกสารแสดงตำแหน่งของเคาน์ตีเป็นลายลักษณ์อักษรในคดีของคุณอย่างน้อยสองวันก่อนการไต่สวนพิจารณาคดีของทางรัฐอาจส่งแฟ้มการไต่สวนพิจารณาคดีของคุณไปยังแผนกสวัสดิการและกระทรวงสุขภาพและบริการมนุษย์และเกษตรกรรมของสหรัฐอเมริกา (**W&I Code Sections 10850 and 10950.**)

**ในการขอให้มีการไต่สวนพิจารณา:**

- ให้กรอกหน้านี้
- ถ่ายสำเนาด้านหน้าและด้านหลังของหน้านี้ไว้เป็นบันทึกของคุณ หากคุณขอ พนักงานดูแลเคสของคุณจะให้สำเนาหน้านี้แก่คุณ
- ส่งไปรษณีย์ หรือนำหน้านี้ไปส่งที่:

หรือ

- โทรฯ เบอร์โทรฟรี: 1-800-952-5253 หรือสำหรับผู้มีปัญหาในการได้ยินหรือการพูดซึ่งใช้ระบบ TDD 1-800-952-8349.

**ในการขอความช่วยเหลือ:** คุณสามารถสอบถามเกี่ยวกับสิทธิ์ในการไต่สวนพิจารณาของคุณหรือการขอให้ส่งต่อไปเพื่อรับความช่วยเหลือทางด้านกฎหมายได้ที่หมายเลขโทรศัพท์โทรฟรีของรัฐที่ระบุไว้ข้างต้น คุณสามารถขอความช่วยเหลือทางกฎหมายได้ฟรีที่สำนักงานให้ความช่วยเหลือทางด้านกฎหมายหรือหน่วยงานสิทธิการรับสวัสดิการ.

หากคุณไม่ต้องการไปปรากฏตัวในการไต่สวนพิจารณาคนเดียว คุณสามารถพาเพื่อนหรือใครสักคนไปกับคุณด้วยการขอให้มีการไต่สวนพิจารณา

ข้าพเจ้าต้องการให้มีการไต่สวนพิจารณา เนื่องจากการปฏิบัติงานของแผนกสวัสดิการ \_\_\_\_\_ ของเคาน์ตีเกี่ยวกับ:  ของข้าพเจ้า (Cash Aid)  ของข้าพเจ้า (CalFresh)  ของข้าพเจ้า (Medi-Cal)  อื่น ๆ (ระบุ) \_\_\_\_\_

นี่คือเหตุผล: \_\_\_\_\_

- หากคุณต้องการพื้นที่เพิ่มเติม ทำเครื่องหมายที่นี่และเพิ่มอีกหน้า
- ข้าพเจ้าต้องการให้รัฐจัดหาล่ามให้ข้าพเจ้าโดยข้าพเจ้าไม่เสียค่าใช้จ่าย (ญาติหรือเพื่อนไม่สามารถ เป็นล่ามให้คุณที่การไต่สวนพิจารณาได้)  
ภาษาหรือภาษาท้องถิ่นของข้าพเจ้าคือ: \_\_\_\_\_

ชื่อบุคคลซึ่งสวัสดิการถูกปฏิเสธ, มีการเปลี่ยนแปลงหรือหยุดลง		วันเกิด	หมายเลขโทรศัพท์
ที่อยู่	เมือง	มลรัฐ	รหัสไปรษณีย์
ลายเซ็น			วันที่
ชื่อผู้กรอกแบบฟอร์มนี้			หมายเลขโทรศัพท์

- ข้าพเจ้าต้องการให้บุคคลที่มีชื่อด้านล่างเป็นตัวแทนของข้าพเจ้าในการไต่สวนพิจารณาคดีครั้งนี้ ข้าพเจ้าอนุญาตให้บุคคลนี้เห็นบันทึกของข้าพเจ้า หรือไปร่วมการไต่สวนพิจารณาแทนข้าพเจ้าได้ (บุคคลนี้สามารถเป็นเพื่อนหรือญาติก็ได้ แต่ไม่สามารถเป็นล่ามให้คุณได้)

ชื่อ		หมายเลขโทรศัพท์	
ที่อยู่	เมือง	มลรัฐ	รหัสไปรษณีย์