

**ประกาศเกี่ยวกับการรับรองสิทธิ  
ประโยชน์ CALFRESH สิ้นสุดลงสำหรับ  
ครอบครัวที่มีเพียงสมาชิกซึ่งเป็นผู้สูงอายุ  
และ/หรือผู้มีความพิการ**

เทศมณฑล \_\_\_\_\_

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

(Addressee)

[ \_\_\_\_\_ ]  
 [ \_\_\_\_\_ ]

ท่านต้องการความช่วยเหลือหรือมีคำถามหรือไม่ กรุณาสอบถามเจ้าหน้าที่ช่วยเหลือของท่าน

**การไต่สวนจากรัฐ:** หากท่านคิดว่าการดำเนินการนี้ไม่ถูกต้อง ท่านสามารถร้องขอให้มีการไต่สวนจากรัฐได้ หน้าที่สองและสามของประกาศนี้มีคำแนะนำเกี่ยวกับการร้องขอให้มีการไต่สวนจากรัฐ สิทธิประโยชน์ของท่านอาจไม่มีการเปลี่ยนแปลงหากท่านร้องขอให้มีการไต่สวนก่อนการดำเนินการตามประกาศฉบับนี้

**หมายเหตุพิเศษ**

เราได้แจ้งให้ท่านทราบว่าท่านไม่จำเป็นต้องทำการสัมภาษณ์เพื่อรับรองสิทธิประโยชน์ใหม่ จากการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่ท่านได้แจ้งให้ทางเคาน์ตีทราบ **ในเวลานี้ท่านจำเป็นต้อง** เข้าร่วมการสัมภาษณ์เพื่อรับรองสิทธิประโยชน์ใหม่ให้สำเร็จ

1. ระยะเวลาในการได้รับสิทธิประโยชน์ CalFresh ของท่านจะสิ้นสุดลงในวันที่ \_\_\_\_\_

(ดต/วว/ปปปป)

2. มีความจำเป็นต้องทำการสัมภาษณ์ การสัมภาษณ์นั้นจะเป็นการดำเนินการทางโทรศัพท์ เว้นเสียแต่ว่าท่านต้องการให้มีการสัมภาษณ์ด้วยตนเอง หากท่านต้องการความช่วยเหลือเนื่องจากความพิการ กรุณาแจ้งเคาน์ตีโดยทันที

**ขั้นตอนต่อไป**

1. กรุณากรอกใบสมัครให้ครบถ้วนสมบูรณ์ นำใบสมัครส่งคืนให้กับทางเคาน์ตีภายในวันแรกของเดือนสุดท้ายของระยะเวลาในการได้รับสิทธิประโยชน์:

(ดต/วว/ปปปป)

การนำส่งใบสมัครล่าช้าอาจส่งผลให้ได้รับสิทธิประโยชน์ล่าช้า

2. ท่านจะได้รับจดหมายอีกฉบับหนึ่งแยกต่างหากซึ่งระบุวันและเวลาในการสัมภาษณ์ กรุณาโทรศัพท์หาเจ้าหน้าที่ช่วยเหลือของท่านทันทีหากท่านไม่ได้รับจดหมายนัดสัมภาษณ์ภายใน 10 วันนับจากวันที่ระบุในประกาศฉบับนี้
3. หากท่านไม่สามารถไปตามนัดหมายได้ ท่านจำเป็นต้องทำการนัดหมายใหม่
4. หากท่านกำลังรายงานการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เช่น รายได้และค่าใช้จ่าย **กรุณาแนบหลักฐานมาพร้อมกับ** ใบสมัครของท่าน ท่านจำเป็นต้องนำส่งหลักฐานเพื่อยืนยันการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ภายในเวลาไม่เกินระยะเวลาสิ้นสุดการได้รับสิทธิประโยชน์ กรุณาแจ้งให้ทางเคาน์ตีทราบหากท่านต้องการความช่วยเหลือเพื่อให้ได้รับข้อมูลนี้

**กฎระเบียบต่าง ๆ ที่สำคัญ**

- ทางเคาน์ตีจะแจ้งให้ท่านทราบว่าท่านต้องรายงานอีกครั้งเมื่อใด ในช่วงเวลานั้น ท่านจำเป็นต้องกรอกแบบฟอร์มต่าง ๆ ที่จำเป็นทั้งหมดที่ทางเคาน์ตีจัดให้
- หากเกิดเหตุการณ์ใด ๆ ต่อไปนี้ ท่านอาจต้องรอถึง 30 วันก่อนที่จะดำเนินการขั้นสุดท้ายกับใบสมัครขอรับสิทธิประโยชน์ใหม่ ท่านอาจได้รับสิทธิประโยชน์เพียงบางส่วนในเดือนแรกของระยะเวลาที่ได้รับสิทธิประโยชน์ใหม่ของท่าน
  - ท่านได้รับแจ้งว่าจำเป็นต้องมีการสัมภาษณ์ และท่านไม่ได้เข้ารับการสัมภาษณ์ให้เสร็จสิ้นภายใน 10 วันก่อนระยะเวลาในการได้รับสิทธิประโยชน์จะสิ้นสุดลง
  - ท่านไม่ได้นำส่งหลักฐานที่จำเป็นก่อนระยะเวลาในการได้รับสิทธิประโยชน์จะสิ้นสุดลง
- ท่านมีสิทธิที่จะได้รับใบสมัครจากทางเคาน์ตี และให้เคาน์ตียอมรับใบสมัครของท่าน ใบสมัครของท่านจำเป็นต้องได้รับการลงนามพร้อมระบุชื่อ ที่อยู่ และลายมือชื่อของท่าน
- ท่านหรือผู้แทนที่ได้รับอนุญาตของท่านมีสิทธิในการยื่นใบสมัคร CalFresh โดยส่งแบบฟอร์มไปยังเคาน์ตีด้วยตนเอง ทางไปรษณีย์ ทางแฟกซ์ หรือโดยการนำส่งวิธีอื่นที่มีในเคาน์ตีของท่าน (การสมัครทางอีเมล หรือทางอิเล็กทรอนิกส์ออนไลน์ ที่: <http://www.benefitscal.org>)
- หากครอบครัวของท่านมีเพียงสมาชิกที่ได้รับความช่วยเหลือประกันสังคมเสริม (Supplemental Security Income หรือ SSI) ท่านหรือผู้แทนที่ได้รับอนุญาตของท่านมีสิทธิในการยื่นใบสมัคร CalFresh ได้ที่สำนักงานประกันสังคมทุกแห่ง

**กฎระเบียบต่าง ๆ:** มีการบังคับใช้กฎระเบียบเหล่านี้: CalFresh MPP หมวด: 63-300.3, 63-504.25, 63-504.251, 63-504.6 และหมวด 63-504.61 ท่านสามารถตรวจสอบกฎระเบียบเหล่านี้ทางออนไลน์ได้ที่ [cdss.ca.gov](http://cdss.ca.gov) หรือที่สำนักงานของเคาน์ตีในท้องถิ่นของท่าน

## สิทธิในการไต่สวนพิจารณาของท่าน

คุณมีสิทธิที่จะขอให้มีการไต่สวนพิจารณา 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

คุณอาจยังได้รับเงินค่าเลี้ยงดูบุตรสำหรับการจ้างงาน และกิจกรรมที่ได้รับอนุมัติจากเคาน์ตีก่อนที่จะได้รับจดหมายฉบับนี้.

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

**เพิ่มการไต่สวนพิจารณา:** หากคุณขอให้มีการไต่สวนพิจารณา ฝ่ายการไต่สวนพิจารณาคดีของรัฐ จะสร้างแฟ้มคดี คุณมีสิทธิตรวจดูแฟ้มคดีนี้ก่อนการไต่สวนพิจารณาคดีของคุณ และรับสำเนาเอกสารแสดงตำแหน่งของเคาน์ตีเป็นลายลักษณ์อักษรในคดีของคุณอย่างน้อยสองวันก่อนการไต่สวนพิจารณาคดี ทางรัฐอาจส่งเพิ่มการไต่สวนพิจารณาคดีของคุณไปยังแผนกสวัสดิการและกระทรวงสุขภาพและบริการมนุษย์และเกษตรกรรมของสหรัฐอเมริกา (**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 คุณสามารถพาเพื่อนหรือใครสักคนไปกับคุณด้วยก็ได้

### การขอให้มีการไต่สวนพิจารณา

ข้าพเจ้าต้องการให้มีการไต่สวนพิจารณา เนื่องจากการปฏิบัติงานของแผนกสวัสดิการ \_\_\_\_\_ ของ  
เคาน์ตีเกี่ยวกับ:  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