

ใบแจ้งการปฏิบัติงาน

ต่อผู้รับ - แบบทดสอบคุณสมบัติทางการเงิน

เคาน์ตี้ _____

วันที่แจ้ง: _____

ชื่อเคส: _____

หมายเลขเคส: _____

ชื่อพนักงาน: _____

หมายเลขพนักงาน: _____

เบอร์โทรศัพท์: _____

ที่อยู่: _____

(ADDRESSEE)

[]

[]

มีคำถามหรือไม่? ถามพนักงานดูแลเคสของท่าน

การไต่สวนพิจารณาของรัฐ: หากคุณคิดว่าการกระทำนี้ผิด คุณสามารถขอให้มีการไต่สวนพิจารณาได้ หน้า 2 บอกว่าจะทำได้อย่างไร

คุณไม่มีสิทธิ์เนื่องจากรายได้รวมทั้งนับได้สุทธิของคุณ (#18) มากกว่าการจ่ายเงินช่วยเหลือสูงสุดของคุณ (#20)

จำนวนเงินสดช่วยเหลือรายเดือน

ส่วน เอ. เงินรายได้ที่นับได้, เดือน _____

- 1. รายได้จากการทำงานของตัวเอง \$ _____
- 2. รายจ่ายจากการทำงานของตัวเอง:
 - a. มาตรฐาน 40% - _____
 - หรือ
 - b. จำนวนที่แท้จริง - _____
- 3. รายได้สุทธิจากการทำงานของตัวเอง = _____
- 4. รายได้จากความพิการที่ยังไม่ถือเป็นรายได้ทั้งหมด (DBI) (หน่วยช่วยเหลือ + สมาชิกของหน่วยที่ไม่ให้ความช่วยเหลือ) \$ _____
- 5. \$500 DBI ที่ไม่นับ (หาก #4 สูงกว่า \$500) - _____
- 6. รายได้จากความพิการที่ยังไม่ถือเป็นรายได้ ที่ได้รับยกเว้น หรือ = _____
- 7. เงิน DBI ที่ไม่ได้ใช้ ที่ไม่ได้นับ = _____
- 8. รายได้สุทธิจากการทำงานของตัวเอง (จากข้างต้น) + _____
- 9. รายได้อื่น ๆ ที่ได้รับทั้งหมด + _____
- 10. จำนวนเงินที่ไม่ได้ใช้ \$500 (จาก #7) - _____
- 11. ยอดรวมบางส่วน = _____**

12. รายได้ที่ยังไม่ถือเป็นรายได้ ที่ไม่ได้นับ 50% - _____

13. ยอดรวมบางส่วน = _____

14. ที่ยังไม่ถือเป็นรายได้ ที่ได้รับยกเว้น (จาก#6) + _____

15. ยอดรวมบางส่วน = _____

16. รายได้ที่ไม่ได้รับยกเว้นอื่น ๆ (หน่วยช่วยเหลือ + สมาชิกของหน่วยที่ไม่ให้ความช่วยเหลือ) + _____

17. ค่าเลี้ยงดูบุตรที่เคาน์ตี้เก็บ + _____

18. รายได้สุทธิที่นับได้ = _____

19. เงินช่วยเหลือสูงสุด เงินช่วยเหลือสูงสุดแก่ _____

คน (หน่วยช่วยเหลือ + สมาชิกของหน่วยที่ไม่ให้ความช่วยเหลือ) \$ _____

ความต้องการพิเศษ (หน่วยช่วยเหลือ + สมาชิกของหน่วยที่ไม่ให้ความช่วยเหลือ) + _____

20. การจ่ายเงินช่วยเหลือสูงสุด = _____

กฎระเบียบ: กฎระเบียบเหล่านี้ปรับใช้ คุณสามารถตรวจสอบกฎเหล่านี้ได้ที่สำนักงานสวัสดิการของคุณ: MPP 44-207.2, SB 80 (บทที่ 27, กฎหมายแห่งปี 2019).

สิทธิในการไต่สวนพิจารณาของท่าน

คุณมีสิทธิ์ที่จะขอให้มีการไต่สวนพิจารณา หากคุณไม่เห็นด้วยกับการดำเนินการของเคาน์ตี คุณมีเวลาเพียง 90 วันในการขอให้มีการไต่สวนพิจารณา ระยะเวลา 90 วัน เริ่มต้นนับจากวันที่เคาน์ตีให้หรือส่งจดหมายแจ้งเตือนนี้ให้คุณทางไปรษณีย์ หากคุณมีเหตุผลที่ดีว่าทำไมคุณจึงไม่สามารถยื่นคำร้องขอให้มีการไต่สวนพิจารณาภายใน 90 วัน คุณก็ยังสามารถยื่นคำร้องไต่สวนพิจารณาภายหลังได้

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 และรับสำเนาเอกสารแสดงตำแหน่งของเคาน์ตีเป็นลายลักษณ์อักษรในคดีของคุณอย่างน้อยสองวันก่อนการไต่สวนพิจารณาคดีของ คุณไป ยังแผนกสวัสดิการและกระทรวงสุขภาพและบริการมนุษย์และเกษตรกรรมของสหรัฐอเมริกา (**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