

หนังสือแจ้งการดำเนินการ (ต่อ)

จำนวนเงินที่จ่ายน้อยเกินไป ซึ่งติดค้าง
(สำหรับการจ่ายน้อยเกินไปที่เกิดขึ้นระหว่างวันที่
1 มิ.ย. 2020 ถึง 31 พ.ค. 2021)

เทศมณฑล

วันที่แจ้ง : _____
ชื่อกรณี : _____
เลขที่กรณี : _____
ชื่อเจ้าหน้าที่ : _____
หมายเลขของเจ้าหน้าที่ : _____

เดือนและปีที่จ่ายน้อยเกินไป

ส่วน A. รายได้ขั้นต่ำ สำหรับเดือน _____

1. รายได้จากการทำอาชีพอิสระเป็นของตนเอง	\$			
2. ค่าใช้จ่ายจากการทำอาชีพอิสระเป็นของตนเอง:				
a. มาตรฐาน 40%	-			
หรือ				
b. ค่าใช้จ่ายจริง	-			
3. กำไรสุทธิจากการทำอาชีพอิสระเป็นของตนเอง	=			
4. รายได้รวมจากการทูลพลภาพซึ่งไม่ใช่จากการทำงาน (DBI) (สมาชิกที่เป็นคนในครอบครัว + ที่ไม่ใช่คนในครอบครัว)	\$			
5. \$500 DBI ที่ไม่นับ (ถ้าข้อ 4 มากกว่า \$500)	-			
6. รายได้จากการทูลพลภาพที่ไม่ใช่จากการทำงาน และที่ไม่ยกเว้น	=			
หรือ				
7. DBI ที่ไม่นับ ซึ่งไม่ได้ใช้	=			
8. กำไรสุทธิจากการทำอาชีพอิสระเป็นของตนเอง (จากข้างบน)	+			
9. รายได้รวมจากการทำงานอื่น ๆ	+			
10. จำนวนที่ไม่ได้ใช้ของ \$500 (จากข้อ 7)	-			
11. ผลรวมย่อย	=			
12. ไม่นับรายได้จากการทำงาน 50%	-			
13. ผลรวมย่อย	=			
14. รายได้จากการทูลพลภาพที่ไม่ใช่จากการทำงาน และที่ไม่ยกเว้น (จากข้อ 6)	+			
15. ผลรวมย่อย	=			
16. รายได้อื่นที่ไม่ยกเว้น (สมาชิกที่เป็นคนในครอบครัว + ที่ไม่ใช่คนในครอบครัว)	+			
รายได้สุทธิที่นับ	=			

ส่วน B. ความช่วยเหลือเงินสดของคุณ สำหรับเดือน

1. ความช่วยเหลือสูงสุด _____ คน (สมาชิกที่เป็นคนในครอบครัว + ที่ไม่ใช่คนในครอบครัว)	\$			
2. ความจำเป็นพิเศษ (สมาชิกที่เป็นคนในครอบครัว + ที่ไม่ใช่คนในครอบครัว)	+			
3. รายได้สุทธิที่นับ จากส่วน A	-			
4. ผลรวมย่อย	=			
5. ความช่วยเหลือสูงสุด _____ คน (คนในครอบครัวเท่านั้น) (ไม่รวมผู้ถูกทำโทษ)	\$			
6. ความจำเป็นพิเศษ (คนในครอบครัวเท่านั้น)	+			
7. ผลรวมย่อยของความช่วยเหลือสูงสุด	=			
8. ผลรวมย่อยของความช่วยเหลือเต็มเดือน (จำนวนต่ำสุด จากข้อ 4 หรือ 7)	=			
9. ข้อ 8 คิดตามสัดส่วนกรณีไม่เต็มเดือน	=			
10. การปรับ: 25% ค่าปรับเงินค่าเลี้ยงดูบุตร	-			
ค่าปรับอื่น ๆ	-			
เงินจำเริญ	-			
ค่าปรับ Cal-Learn	-			
โบนัสของโรงเรียน (\$100 หรือ \$500)	+			
11. จำนวนความช่วยเหลือเงินสดต่อเดือน (ข้อ 8 หรือ 9 ที่ปรับแล้ว)	\$			
12. เงินที่จ่ายน้อยเกินไป				
จำนวนเงินความช่วยเหลือเงินสดที่ถูกต้อง	\$			
ความช่วยเหลือเงินสดที่จ่ายให้แก่คุณ	-			
ผลรวมย่อย	=			
13. ความช่วยเหลือเงินสดที่จ่ายให้แก่คุณ	\$			
เงินค่าเลี้ยงดูบุตรที่เรียกเก็บให้แก่คุณ	-			
ผลรวมย่อย	=			
14. จำนวนเงินที่จ่ายน้อยเกินไปสำหรับแต่ละเดือน	=			

จ่ายน้อยเกินไปรวมทั้งสิ้น (เดือนทั้งหมด) \$ _____

กฎ: ใช้กฎเหล่านี้; คุณสามารถอ่านกฎเหล่านี้ได้ที่สำนักงานสวัสดิการ
ของคุณ: MPP มาตรา 44-340, SB 80 (หมวด 27,
กฎหมายปี 2019)

**การพิจารณาของรัฐ: ถ้าคุณคิดว่าการ
ดำเนินการนี้ ไม่ถูกต้อง คุณสามารถขอให้
การพิจารณาได้ อ่านวิธีการขอในหน้า 3**

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

แฟ้มการไต่สวนพิจารณา: หากคุณขอให้มีการไต่สวนพิจารณา ฝ่ายการไต่สวนพิจารณาคดีของรัฐจะสร้างแฟ้มคดี คุณมีสิทธิตรวจดูแฟ้มคดีนี้ก่อนการไต่สวนพิจารณาคดีของคุณ และรับสำเนาเอกสารแสดงตำแหน่งของเคาน์ตีเป็นลายลักษณ์อักษรในคดีของคุณอย่างน้อยสองวันก่อนการไต่สวนพิจารณาคดี ทางรัฐอาจส่งแฟ้มการไต่สวนพิจารณาคดีของคุณไปยังแผนกสวัสดิการและกระทรวงสุขภาพและบริการมนุษย์และเกษตรกรรมของสหรัฐอเมริกา (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 _____ 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