

QUẬN

THÔNG BÁO THAY ĐỔI CỦA CALFRESH DÀNH CHO NHỮNG HỘ GIA ĐÌNH BÁO CÁO NHỮNG THAY ĐỔI

Ngày Thông Báo : _____
Họ Sơ : _____
Tên : _____
Số : _____
Nhân Viên : _____
Tên : _____
Số : _____
Điện Thoại : _____
Địa chỉ : _____

(ADDRESSEE)

Nếu quý vị có thắc mắc gì hoặc cần thêm thông tin về quyết định này, vui lòng liên lạc với nhân viên của quý vị.

Phiên Xử Tiểu Bang: Nếu quý vị cho rằng quyết định này là sai, quý vị có thể yêu cầu một phiên xử trừ khi quý vị đã có một phiên xử về số tiền mà quý vị nợ. Mặt sau của trang này cho quý vị biết cách thức. Các phúc lợi của quý vị có thể không thay đổi nếu quý vị yêu cầu một phiên xử trước khi hành động này xảy ra.

THAY ĐỔI VỀ PHÚC LỢI

Có hiệu lực vào ngày _____, các phúc lợi CalFresh của quý vị thay đổi từ \$ _____ sang \$ _____ mỗi tháng vì:

Quý vị đã được thông báo về việc cấp quá mức các phúc lợi CalFresh và quý vị sẽ nhận ít hơn các phúc lợi CalFresh vì Quận đã giảm bớt phần trợ cấp hàng tháng của quý vị xuống khoảng 10% hoặc \$10 (tính theo con số cao hơn) để trả lại các phúc lợi CalFresh mà quý vị đã nhận và lẽ ra không nhận được. Điều đó đã được quyết định tại toà hoặc tại phiên xử tiểu bang hoặc vì quý vị đã ký tên vào bản Thỏa Thuận Đồng Ý Truất Quyền Tham Gia hoặc một bản Miễn Trừ Phiên Xử Truất Quyền Tham Gia Hành Chính rằng việc trợ cấp quá mức này là một Vi Phạm Chương Trình Có Chủ Ý (Intentional Program Violation - IPV). Hiện tại phần trợ cấp hàng tháng của quý vị đang thay đổi vì quận có thể bắt đầu giảm phần trợ cấp của quý vị xuống khoảng 20% hoặc \$10 (tính theo con số cao hơn). Nếu có những thay đổi nào khác đối với phần trợ cấp hàng tháng CalFresh hàng tháng của quý vị, mẫu đơn này sẽ cho quý vị biết.

THAY ĐỔI ĐƯỢC KIẾN NGHỊ VỀ PHÚC LỢI

Có hiệu lực vào ngày _____, các phúc lợi CalFresh của quý vị có thể giảm xuống hoặc bị chấm dứt vì chúng tôi đã không nhận được thông tin cần có để xác định tư cách hội đủ điều kiện được tiếp tục của quý vị hoặc số tiền chính xác trong phúc lợi của quý vị cùng với Báo Cáo Thay Đổi của quý vị (CF 377.5 CR). Chúng tôi phải nhận được những thông tin sau không trễ hơn ngày đầu tiên của tháng sau:

Nếu bằng chứng về một chi phí được yêu cầu và nếu quý vị không cung cấp nó, chi phí đó sẽ không được cho phép khi tính phúc lợi của tháng sau. Ngoài ra, nếu quý vị không cung cấp các thông tin được yêu cầu khác, các phúc lợi của quý vị có thể bị giảm hoặc bị chấm dứt.

Quy Định: Các quy định này có thể được áp dụng cho (các) quyết định nêu trên: Quý vị có thể xem những thông tin đó tại văn phòng phúc lợi của quý vị.

KHÔNG CÓ THAY ĐỔI VỀ PHÚC LỢI

Các phúc lợi CalFresh của quý vị đã không thay đổi do (những) tài liệu/thông tin mà chúng tôi đã nhận được vì:

VIỆC CHẤM DỨT

Có hiệu lực vào ngày _____, các phúc lợi CalFresh của quý vị bị chấm dứt vì:

Dựa theo lý do các phúc lợi của quý vị bị chấm dứt, hộ gia đình của quý vị cũng không hội đủ điều kiện để được tham gia vào chương trình CalFresh cho đến _____
Quý vị có thể nộp đơn xin lại các phúc lợi vào cuối giai đoạn truất quyền tham gia này.

QUYÊN ĐIỀU TRẦN CỦA QUÝ VỊ

Quý vị có quyền yêu cầu buổi điều trần nếu không đồng ý với bất cứ hành động nào của quận. Quý vị chỉ có 90 ngày để yêu cầu buổi điều trần. Thời hạn 90 ngày khởi đầu từ ngày sau khi quận trao hoặc gửi thông báo này qua bưu điện cho quý vị. Nếu có lý do chánh đáng không thể đệ đơn yêu cầu buổi điều trần trong vòng 90 ngày, thì quý vị vẫn có thể đệ đơn yêu cầu buổi điều trần. Nếu quý vị cho biết lý do chánh đáng, thì buổi điều trần vẫn có thể được sắp xếp thời biểu.

Nếu quý vị yêu cầu buổi điều trần trước khi hành động liên quan đến Hồ Trợ Tiền Mặt, Medi-Cal, CalFresh, hoặc Giữ Trẻ được thực thi:

- Hồ Trợ Tiền Mặt hoặc Medi-Cal của quý vị vẫn giữ nguyên trong thời gian quý vị chờ thực hiện buổi điều trần.
- Dịch Vụ Giữ Trẻ của quý vị có thể vẫn giữ nguyên trong thời gian quý vị chờ thực hiện buổi điều trần.
- Trợ cấp CalFresh của quý vị vẫn giữ nguyên cho đến khi thực hiện buổi điều trần hoặc kết thúc thời hạn chứng nhận, tùy theo thời hạn nào đến trước.

Nếu quyết định sau buổi điều trần phán xử hành động của chúng tôi đúng đắn, thì quý vị sẽ nợ chúng tôi mọi khoản Hồ Trợ Tiền Mặt, CalFresh hoặc Giữ Trẻ nào quý vị lãnh dư. Muốn để cho chúng tôi giảm bớt hoặc ngưng tiền trợ cấp của quý vị trước khi thực hiện buổi điều trần, xin đánh dấu bên dưới:

Có, giảm bớt hoặc ngưng: Hồ Trợ Tiền Mặt CalFresh
 Giữ Trẻ

Trong thời gian quý vị chờ Quyết định sau buổi điều trần cho:

Welfare to Work (Trợ cấp giúp đi làm):

Quý vị không phải tham gia vào các hoạt động.

Quý vị có thể được trả tiền giữ trẻ để đi làm và tham gia các hoạt động được quận chấp thuận trước khi nhận được thông báo này.

Nếu chúng tôi báo cho quý vị biết các khoản tiền trả dịch vụ hỗ trợ khác của quý vị sẽ chấm dứt, thì quý vị không được lãnh thêm bất cứ khoản tiền nào, ngay cả khi quý vị tham gia vào hoạt động của mình.

Nếu chúng tôi báo cho quý vị biết chúng tôi sẽ trả tiền cho các dịch vụ hỗ trợ khác, thì các dịch vụ đó sẽ được chi trả ở mức và theo cách thức như cho biết trong thông báo này.

- Muốn được các dịch vụ hỗ trợ đó, quý vị phải tham gia vào hoạt động mà quận yêu cầu quý vị tham gia.
- Nếu khoản tiền dịch vụ hỗ trợ mà quận chi trả trong thời gian quý vị chờ quyết định sau buổi điều trần không đủ để cho quý vị tham gia, thì quý vị có thể ngưng tham gia vào hoạt động đó.

Cal-Learn:

- Quý vị không thể tham gia vào Chương Trình Cal-Learn (Cal-Learn Program) nếu chúng tôi báo cho quý vị biết chúng tôi không thể phục vụ quý vị.
- Chúng tôi chỉ chi trả cho dịch vụ hỗ trợ Cal-Learn khi quý vị tham gia vào hoạt động được chấp thuận.

THÔNG TIN KHÁC

Hội Viên Chương Trình Chăm Sóc Quản Lý Medi-Cal: Hành động trong thông báo này có thể ngăn cản quý vị không được các dịch vụ từ chương trình chăm sóc quản lý sức khỏe của mình. Quý vị nên liên lạc với dịch vụ hội viên chương trình sức khỏe của mình nếu có thắc mắc.

Hồ Trợ Trẻ Em và/hoặc Y Tế: Cơ quan hỗ trợ trẻ em địa phương sẽ giúp quyền góp tiền hỗ trợ miễn phí ngay cả khi quý vị không được hỗ trợ tiền mặt. Nếu họ đang quyền góp tiền hỗ trợ cho quý vị, thì họ vẫn tiếp tục thực hiện điều đó, trừ khi quý vị bảo họ ngưng quyền góp - bằng văn bản. Họ sẽ gửi cho quý vị khoản tiền hỗ trợ quyền góp được hiện có, nhưng sẽ giữ lại khoản tiền quá hạn còn nợ quận trong số đó.

Kế Hoạch Hóa Gia Đình: Văn phòng trợ cấp xã hội sẽ cung cấp thông tin khi quý vị yêu cầu.

Hồ Sơ Điều Trần: Nếu quý vị yêu cầu buổi điều trần, thì Phân Ban Điều Trần Tiểu Bang (State Hearing Division) sẽ lập hồ sơ. Quý vị có quyền duyệt qua hồ sơ này trước buổi điều trần và lấy một bản tuyên bố quan điểm của quận về nội vụ của quý vị ít nhất hai ngày trước ngày điều trần. Tiểu bang cũng có thể cung cấp hồ sơ điều trần của quý vị cho Ban Trợ Cấp Xã Hội (Welfare Department) cũng như Bộ Dịch Vụ Sức Khỏe và Nhân Sự Hoa Kỳ (U.S. Department of Health and Human Services) và Bộ Nông Nghiệp Hoa Kỳ (U.S. Department of Agriculture). **(Luật Trợ Cấp và Định Chế (W&I Code) Đoạn 10850 và 10950).**

MUỐN YÊU CẦU BUỔI ĐIỀU TRẦN:

- Điền trang này.
- Sao lại mặt trước và mặt sau của trang này để lưu hồ sơ quý vị.
Nếu quý vị yêu cầu, nhân viên xã hội sẽ lấy cho quý vị một bản của trang này.
- Gửi hoặc đem nộp trang này đến:

HOẶC

- Gọi số miễn phí: 1-800-952-5253 hoặc 1-800-952-8349 đối với người bị khuyết tật giác hay âm ngữ dùng TDD.

Muốn nhờ giúp đỡ: Quý vị có thể hỏi về quyền điều trần của mình hoặc xin giới thiệu trợ giúp pháp lý theo các số điện thoại miễn phí của tiểu bang ghi rõ bên trên. Quý vị có thể được trợ giúp pháp lý miễn phí tại văn phòng trợ giúp pháp lý địa phương hoặc quyền trợ cấp xã hội.

Nếu không muốn đi đến buổi điều trần một mình, thì quý vị có thể mời một bạn hữu hay người khác đi theo.

ĐƠN YÊU CẦU BUỔI ĐIỀU TRẦN

Tôi muốn thực hiện buổi điều trần do hành động của Ban Trợ Cấp Xã Hội Quận _____ đối với trợ cấp của tôi:

- Hồ Trợ Tiền Mặt CalFresh Medi-Cal
 Dạng khác (xin liệt kê) _____

Lý Do: _____

Nếu quý vị cần có thêm chỗ trống, hãy đánh dấu nơi đây và gộp thêm trang.

Tôi cần tiểu bang cung cấp một thông dịch viên miễn phí cho tôi. (Thân nhân hoặc bạn hữu không thể làm thông dịch viên cho quý vị trong buổi điều trần).

Ngôn ngữ hay thổ ngữ của tôi: _____

TÊN CỦA NGƯỜI BỊ TỬ CHỐI, THAY ĐỔI HOẶC CHẤM DỨT TIỀN TRỢ CẤP CỦA HỌ

NGÀY SANH SỐ ĐIỆN THOẠI

ĐỊA CHỈ ĐƯỜNG PHỐ

THÀNH PHỐ TIỂU BANG BÚU CHÁNH

CHỮ KÝ NGÀY

TÊN CỦA NGƯỜI ĐIỂN MẪU NÀY SỐ ĐIỆN THOẠI

Tôi muốn người có tên dưới đây làm đại diện cho tôi trong buổi điều trần này. Tôi cho phép người này duyệt qua hồ sơ của tôi hoặc đại diện cho tôi đến dự buổi điều trần. (Người này có thể là bạn hữu hoặc thân nhân nhưng không thể làm thông dịch viên cho quý vị).

TÊN SỐ ĐIỆN THOẠI

ĐỊA CHỈ ĐƯỜNG PHỐ

THÀNH PHỐ TIỂU BANG BÚU CHÁNH