

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

**THÔNG BÁO VỀ QUYẾT ĐỊNH
CẤP TRỢ CẤP CALFRESH**

QUẬN

Ngày Thông Báo: _____

Tên Hồ Sơ: _____

Số Hồ Sơ: _____

Tên Nhân Viên: _____

Số Nhân Viên: _____

Điện Thoại: _____

Địa Chỉ: _____

(ADDRESSEE)

Thắc mắc? Vui lòng hỏi nhân viên phụ trách của quý vị.

Điều trần cấp tiểu bang: Nếu quý vị cho rằng quyết định này là sai, quý vị có thể yêu cầu một phiên điều trần. Mặt sau thư này hướng dẫn cách thực hiện điều đó. Trợ cấp của quý vị có thể không thay đổi nếu quý vị yêu cầu một phiên điều trần trước quyết định này được thi hành.

ĐƠN XIN TRỢ CẤP CALFRESH CỦA QUÝ VỊ ĐÃ ĐƯỢC CHẤP THUẬN.

Số tiền trợ cấp ban đầu của quý vị là: \$ _____ cho _____. Số tiền trợ cấp của quý vị cho thời gian còn lại của chu kỳ chứng nhận của quý vị sẽ là \$ _____ từ _____ đến _____.

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

NẾU QUÝ VỊ CŨNG ĐÃ XIN HỖ TRỢ TIỀN MẶT (CASH AID), và chưa được chấp thuận, trợ cấp CalFresh của quý vị có thể sẽ giảm xuống hoặc ngưng mà không có thêm một thông báo khác nếu hỗ trợ tiền mặt được chấp thuận.

- Ngày trợ cấp CalFresh bắt đầu sẽ trùng với ngày Hỗ Trợ Tiền Mặt bắt đầu.
- Số tiền trợ cấp của tháng đầu tiên của quý vị sẽ cao hơn số tiền hàng tháng bình thường, vì lý do liên quan đến ngày hồ sơ của quý vị được chấp thuận.
- Số tiền trợ cấp của tháng đầu tiên của quý vị được tính theo tỷ lệ kể từ ngày quý vị nộp hồ sơ.

-
- VÌ QUÝ VỊ ĐÃ ĐƯỢC NHẬN TRỢ CẤP CALFRESH NGAY LẬP TỨC**, chúng tôi đã không yêu cầu quý vị cung cấp cho chúng tôi các thông tin xác minh sau:

Quý vị phải cung cấp cho chúng tôi thông tin xác minh này trước ngày _____ nếu không trợ cấp CalFresh của quý vị sẽ ngưng. Quý vị sẽ không được nhận thông báo nào khác về việc này. Nếu thông tin xác minh quý vị gửi làm thay đổi khả năng nhận trợ cấp của quý vị, chúng tôi sẽ thực hiện thay đổi đó. Quý vị sẽ không được thông báo trước khi chúng tôi thực hiện thay đổi này.

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

Gia đình CalFresh của quý vị có thể hội đủ điều kiện để nhận trợ cấp từ chương trình Trợ cấp Tiện ích Tiểu bang (State Utility Assistance Subsidy, hoặc SUAS). Nếu gia đình quý vị đủ điều kiện, quận sẽ cấp cho quý vị một khoản trợ cấp tiền mặt \$20.01. Khoản trợ cấp này được cấp mỗi năm một lần, và nếu quý vị đủ điều kiện, nó sẽ được chuyển vào tài khoản EBT của quý vị. Nếu quý vị không có tài khoản EBT, một tài khoản sẽ được thiết lập cho quý vị trên thẻ EBT CalFresh của quý vị. Quý vị sẽ không phải làm bất cứ điều gì để có thẻ mới, nhưng quý vị có thể sử dụng thẻ để trang trải các chi phí không được CalFresh chi trả. Khoản tiền này cho phép quận sử dụng khoản khấu trừ tiện ích cao nhất (Trợ cấp Tiện ích Tiêu chuẩn - SUA) cho các trợ cấp thực phẩm. Quý vị có thể sử dụng \$20.01 này khi quý vị sử dụng thẻ EBT của mình. Nếu quý vị muốn biết thêm chi tiết, xin vui lòng liên hệ với văn phòng quận tại địa phương của quý vị.

Quy tắc: Các điều luật sau đây áp dụng
Quý vị có thể tham khảo chúng tại văn phòng trợ cấp địa phương.

CÁC QUYỀN ĐIỀU TRẦN CỦA QUÝ VỊ

Quý vị có quyền xin điều trần nếu quý vị không đồng ý với bất cứ quyết định nào của quận hạt. Quý vị chỉ có 90 ngày để làm yêu cầu được điều trần. 90 ngày được tính kể từ ngay ngày hôm sau ngày quận hạt ra thông báo này. Nếu quý vị có lý do chính đáng giải thích vì sao quý vị không thể nộp đơn xin điều trần trong vòng 90 ngày, quý vị vẫn có thể nộp đơn xin điều trần. Nếu quý vị có lý do chính đáng, một buổi điều trần vẫn có thể được lên lịch.

Nếu quý vị yêu cầu một buổi điều trần trước khi một quyết định về Hỗ Trợ Tiền Mặt, Medi-Cal, CalFresh, hoặc Chăm Sóc Giữ Trẻ được thực hiện:

- Hỗ Trợ Tiền Mặt hoặc Medi-Cal của quý vị vẫn giữ nguyên trong khi quý vị chờ đợi một buổi điều trần.
- Dịch Vụ Giữ Trẻ của quý vị có thể vẫn giữ nguyên trong khi quý vị chờ đợi một buổi điều trần.
- Các phúc lợi 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 là đúng, thì quý vị sẽ nợ chúng tôi mọi khoản Hỗ Trợ Tiền Mặt (Cash Aid), CalFresh hoặc Dịch Vụ Giữ Trẻ nào quý vị lãnh dư. Muốn để 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: Hỗ Trợ Tiền Mặt CalFresh Dịch Vụ Giữ Trẻ

Trong khi quý vị chờ Quyết định Điều trần cho:

Welfare to Work (Trợ Cấp Giúp Đi Làm):

Quý vị không bắt buộc phải tham gia vào các hoạt động.

Quý vị có thể được trả tiền cho dịch vụ giữ trẻ để đi làm và cho các hoạt động được quận chấp thuận trước ngày thông báo này.

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

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

- Để nhận 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 này.

Cal-Learn:

- Quý vị không thể tham gia vào Chương Trình Cal-Learn nếu chúng tôi báo cho quý vị biết là 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

Thành viên Chương trình Chăm sóc Được Quản lý Medi-Cal: Hành động dựa trên thông báo này có thể ngăn quý vị nhận các dịch vụ từ chương trình chăm sóc sức khỏe được quản lý của quý vị. Quý vị có thể mong muốn được liên hệ với bộ phận các dịch vụ thành viên trong chương trình chăm sóc sức khỏe của mình nếu có bất kỳ câu hỏi nào.

Hỗ 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 viết bằng văn bản yêu cầu họ ngừng lại. Họ sẽ gửi cho quý vị khoản tiền hỗ trợ quyền góp được hiện có, nhưng sẽ gửi lại khoản tiền quá hạn còn nợ quận.

Kế Hoạch Hóa Gia Đình: Văn phòng về phúc lợi sẽ cung cấp thông tin khi quý vị yêu cầu.

Hồ Sơ Điều Trần: Nếu quý vị yêu cầu một buổi điều trần, Phòng Điều Trần Tiểu Bang sẽ thiết lập một hồ sơ. Quý vị có quyền xem hồ sơ này trước buổi điều trần của mình và có được một bản sao của văn bản của quận về trường hợp của quý vị ít nhất hai ngày trước buổi điều trần. Tiểu bang cũng có thể cung cấp hồ sơ điều trần của quý vị cho Cơ quan Phúc lợi và Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ và Nông nghiệp. (W&I Code Sections 10850 and 10950.)

ĐỀ YÊU CẦU ĐIỀU TRẦN:

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

HOẶC LÀ

- **Gọi số miễn phí: 1-800-952-5253** hoặc đối với người bị khiếm thính và khuyết tật phát âm dùng TDD 1-800-952-8349.

Để nhận giúp đỡ: Quý vị có thể dùng các số điện thoại miễn phí của tiểu bang nêu trên để hỏi về quyền điều trần của mình hoặc xin giới thiệu trợ giúp pháp lý. Quý vị có thể được trợ giúp pháp lý miễn phí tại văn phòng trợ giúp pháp lý địa phương hoặc văn phòng về các quyền trợ cấp xã hội.

Nếu quý vị không muốn đi đến buổi điều trần một mình, quý vị có thể đi cùng một người quý vị hoặc ai đó.

YÊU CẦU ĐIỀU TRẦN

Tôi muốn có một phiên điều trần xem xét quyết định hành động của Cơ quan Phúc lợi của Quận _____ đối với phúc lợi của tôi:

- Hỗ Trợ Tiền Mặt (Cash Aid) CalFresh Medi-Cal
 Khác (nêu rõ) _____

Đây là lý do: _____

Nếu cần thêm khoảng trống, hãy đánh dấu chọn vào đây và đính thêm tờ khác.

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

Ngôn ngữ hay thổ ngữ của tôi là: _____

Tên Của Người Bị Từ Chối, Thay Đổi Hoặc Chấm Dứt Phúc Lợi		Ngày Sinh	Số Điện Thoại
Địa Chỉ Nhà	Thành Phố	Tiểu Bang	Mã Bưu Chính
Chữ Ký			Ngày
Tên Của Người Điền Mẫu Này			Số Điện Thoại

- Tôi muốn người dưới đây đại diện cho tôi tại buổi điều trần này. Tôi cho phép người này xem hồ sơ của tôi hoặc đại diện cho tôi đến dự buổi điều trần. (Người này có thể là bạn bè hoặc thân nhân nhưng không thể thông dịch cho quý vị.)

Tên		Số Điện Thoại	
Địa Chỉ	Thành Phố	Tiểu Bang	Mã Bưu Chính