

給只有老年人和/或殘疾成員家庭的糧食券認證到期通知

縣名

通知日期 : _____
 個案姓名 : _____
 個案編號 : _____
 社工姓名 : _____
 社工號碼 : _____
 電話號碼 : _____
 地址 : _____

(Addressee)

需要幫助或有疑問嗎？請詢問您的社工。

州級聽證會：如果您認為這個行動有誤，可以要求舉行聽證會。第二頁和第三頁說明該怎麼做。如果您在此行動發生之前要求舉行聽證會，您的福利不會變動。

特別注釋

我們告訴過您，不需要重新認證面談。根據您告訴縣府所發生的變更，**您現在需要完成**重新認證面談。

1. 您的糧食券 (CalFresh) 認證期結束日期將是 _____。
(MM/DD/CCYY)
2. 面談是必需的。除非您要求面對面的面談，否則都通過電話進行。如果您因有殘障而需要幫助，請立即告訴縣府。

下一步

1. 請完整填寫申請表。
在認證期最後一個月的第一天交回縣府：

(MM/DD/CCYY)
延遲申請可能會導致福利延遲。
2. 您將收到另外一封說明面談日期和時間的信。如果您在收到這份通知後的 10 天內沒有收到預約信，請立即致電您的社工。
3. 如果不去預約，則須重新安排。
4. 如要報告收入和支出等變更，請隨申請一起**提供證明材料**。任何變更證明材料必須在認證期結束前送交。如需幫助獲取資訊，請告知縣府。

重要規則

- 縣府會告訴您何時需要再次報告。那時，您必須填寫縣府提供的所有必要表格。
- 如果發生以下任何情況，您可能需要等待 30 天，才能對您的重新認證申請採取最終行動。在新認證期的第一個月，您可能只會領取部分福利。
 - 已告知您必須進行面談，且您未在認證期限結束後的 10 天內完成面談。
 - 您未在認證期限結束前送交所需證明材料。
- 您有權從縣府獲得申請表，並要求縣府接受您的申請。申請表須有簽名，且至少包含您的姓名、地址和簽名。
- 您或您的授權代表有權親自、郵寄和傳真糧食券 (CalFresh) 申請表，或使用所在縣可用的其他傳輸方式（通過電子郵件或線上電子申請表，網址：<http://www.benefitscal.org>）。
- 如果您的家人只領取補充社會安全金 (SSI)，您或您的授權代表有權在任何社會安全管理辦公室申請糧食券。

規則：這些規則適用：糧食券《政策和程序手冊》(MPP) 各節：63-300.3、63-504.25、63-504.251、63-504.6, 63-504.61。您可以在 cdss.ca.gov 線上查閱或去當地縣辦公室查閱。

您的聽證會權利

如果您不同意任何縣府的行動，您有權要求舉行聽證會。您只有 90 天的時間要求舉行聽證會。90 天的時間從縣府將通知交給或者郵寄給您後開始。如果您有充分的理由不能在 90 天內要求舉行聽證會，可能仍可要求舉行聽證會。如果您提供了充分的理由，則仍可安排聽證會。

如果您在現金補助 (Cash Aid)、加州醫療保險 (Medi-Cal)、(CalFresh) 或托兒服務 (Child Care) 開始生效之前要求舉行聽證會：

- 您的現金補助或加州醫療保險在等待聽證會期間將保持不變。
- 您的托兒服務在等待聽證會期間可能保持不變。
- 您的 CalFresh 將保持不變，直至聽證會或認證期結束，以較早者為準。

如果聽證會決定表明我們是正確的，那麼，您需要歸還從我們這裏得到的任何額外現金補助、加州補充營養援助計劃或托兒照顧服務。要讓我們在聽證會之前減少或停止您的福利，請勾選以下內容：

- 是，減少或停止：
- 現金補助
 - CalFresh
 - 托兒照顧

在您等待以下的聽證會決定期間：

引至工作的福利計劃：

您不必參加這些活動。

您可以就本通知之前就業和縣府批准的活動領取托兒照顧費用。

如果我們告訴您，其他協助性服務付款將停止，即使您去參加活動，也不會得到更多的付款。

如果我們告訴過您，我們將支付您的其他協助服務，付款的金額和方式將如本通知所述。

- 要獲得這些協助性服務，您必須參加縣府告訴您需要參加的活動。
- 如果在您等待聽證會決定期間向您支付的協助性服務金額不足以讓您參加，您可以停止參加活動。

Cal-Learn：

- 如果我們告訴您我們不能為您服務，您將無法參加 Cal-Learn 計劃。
- 我們只能為已核准的活動支付 Cal-Learn 協助性服務。

其他資訊

加州醫療保險管理式護理計劃會員：本通知上的行動可能會阻止您從您的管理式護理健康計劃獲得服務。如果您有任何疑問，應聯絡您的健康計劃會員服務部。

子女和／或醫療撫養費：即使您不領取現金補助，當地的子女支撫養服務機構機構也將幫助收取撫養費，且不會收取任何費用。如果他們現在正在為您收取撫養費，他們將繼續這樣做，除非您以書面形式告訴他們停止。他們會將您目前的撫養費資金寄給您，但是會從收取的欠款中留下拖欠縣府的金額。

計劃家庭：您的福利辦公室會在您提出要求時向您提供資訊。

聽證會檔案：如果您要求舉行聽證會，州聽證處將設立檔案。您有權在聽證會之前查看此文件，並至少在聽證會前兩天獲得縣府對您個案的書面陳述。州府可能會將您的聽證檔案交給福利部門和美國衛生與公眾服務部門和農業部。(《福利與慈善法規》第 10850 和 10950 條)。

要求舉行聽證會：

- 填寫此頁的內容。
- 複印這一頁正面和背面的副本留作記錄。如果您索要的話，社工會給您一份這一頁的副本。
- 郵寄或將此頁送到：

或

- 撥打免費電話：1-800-952-5253，使用 TDD 的聽力或言語障礙者應撥打 1-800-952-8349。

要獲得幫助：可撥打上面列出的免費州電話號碼，詢問您的聽證權或獲得法律援助轉介。可能可以在您當地的法律援助或福利辦公室獲得免費的法律幫助。

如果您不想自己去參加聽證會，可以帶一個朋友或其他人陪同您。

聽證會申請

我希望舉行一次聽證會，原因是 _____ 縣福利部門對我的下列福利採取了行動：

- 現金補助 (Cash Aid) CalFresh Medi-Cal 其他 (請列出) _____

原因如下： _____

- 如果您需要更多空間，請在這裡打勾並添加一個頁面。
- 我需要州府為我免費提供翻譯。（親屬或朋友在聽證會上不能為您當翻譯）。
- 我的語言或方言是： _____

福利被拒絕、改變或停止之人的姓名		出生日期	電話號碼
街道地址	城市	州	郵遞區號
簽名			日期
填寫本表之人的姓名			電話號碼

- 我希望下面指名之人在本次聽證會上擔任我的代表。我允許此人查看我的記錄或代我參加聽證會。（此人可以是朋友或親戚，但不能為您當翻譯。）

姓名		電話號碼	
街道地址	城市	州	郵遞區號