

行動通知

縣

(續)

通知日期 : _____
 個案名稱 : _____
 個案編號 : _____
 工作人員姓名 : _____
 工作人員編號 : _____

拖欠多付金額 (2020 年 6 月 1 日至
 2021 年 5 月 31 日之間的多付金額)

超額付款月份和年份

A 節 : 可計入收入 , _____ 月份

1. 自僱收入總額	\$			
2. 自僱費用:				
a. 40% 標準	-			
或				
b. 實際	-			
3. 自僱淨收入	=			
4. 基於殘障的非賺取收入(DBI) 總額 (援助單位+ 非援助單位成員)	\$			
5. \$500的 DBI減免額(如果第4項超過 \$500)	-			
6. 非豁免基於殘障的非賺取收入	=			
或				
7. 未使用的 DBI 豁免額	=			
8. 自僱淨收入(上述所得)	+			
9. 其他勞動收入總額	+			
10. \$500 未使用金額 (第7項)	-			
11. 小計	=			
12. 勞動所得50% 豁免額。	-			
13. 小計	=			
14. 非豁免基於殘障非賺取收入 (第6項)	+			
15. 小計	=			
16. 其他非豁免收入 (援助單位 + 非援助單位成員)	+			
可計入淨收入	=			

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