

你的引至工作的福利計劃 (WTW) 24-月時間鐘

郡	
案件名稱	
案件號碼	其它 ID 號碼
工作人員姓名	

日期: _____

本表格為你提供關於WTW 24個月的時間時鐘。

從 _____ 開始，你有 _____ 個月剩餘在你的WTW 24個月的時間鐘。在你的WTW 24個月的時間鐘期間，你可以參加在WTW 許多不同的活動來幫助你走向自給自足。

不會計算在內的月數：

- 你正在發展一個WTW計劃。
- 你符合聯邦工作規定所需的某些活動的參與時間數量。
- 你是在加州領取民眾補助之青少年父母的教育計劃。
- 你是豁免參加WTW。
- 郡政府認為你有一個很好的理由不用參加WTW。這可能包括郡政府沒有你指派需要做的協助服務。
- 你的WTW已經被制裁。
- 你已被授予WTW 24個月時間鐘的家庭虐待豁免。

在你使用完所有在WTW 24個月的時間鐘的月數，你在WTW必須做的活動將會改變。你將有較少允許的活動，並且你將需要達到主要時數的要求，除非你有資格延長WTW 24個月的時間鐘。主要活動，包括就業，工作經驗，以及社區服務。如果你還沒有已經使用完可以算作職業教育的主要活動的12個月終身限制，職業教育和培訓可能被獲准長達一年的主要活動。下面的圖表顯示在WTW 24個月時間鐘期間和之後的主要活動的要求差異。

家中成年人的數目 (補助單位)	每週參與時數	在24個月時間鐘所需的主要工作時數	在24個月時間鐘之後所需的主要工作時數
單身成年人與一個6歲以下的兒童	20	0	20
單身成年人沒有6歲以下的兒童	30	0	20
雙親家庭	35	0	30

在使用完你的WTW24個月的時間鐘後，如果你不符合這些允許的主要活動時數，你可能會被從補助單位除去，並可能會被降低你的現金補助。除了在申請和重新決定時你會收到這個通知外，在WTW24個月時間鐘的第18個月和21個月之間，和當你使用完你的24個月WTW24個月時間鐘，郡政府會給你一個行動通知 (NOA)。

請馬上聯絡你的工作人員如果你是：

- 因為參與的要求而想改變你的WTW計劃；
- 你認為不應該有一些月數計算在你的WTW24個月的時間鐘；
- 需要有關WTW24個月時間鐘更多的詳細資料，或者如何要求延長你的時間鐘。

如果你覺得這個通告是錯誤的，請聯絡你的工作人員。你也可以請求一個州聽證會。此頁背面的“你的聽證權利”表格告訴你如何請求一個州聽證會。

你的聽證權利

假如你不同意郡政府所採取的任何行動，你有權利請求聽證。你只有90天的時間請求聽證。開始於郡政府發給你或寄給你通知後的那一天。如果你有充份的理由為什麼你不能在90天內請求聽證，你還可以請求聽證。如果你提供充份的理由，聽證會還可能安排。

假如在對你的現金補助，加州醫藥補助 (Medi-Cal)，CalFresh (糧食券)，或托兒照顧採取行動以前你請求聽證：

- 在你等待聽證期間你的現金補助或Medi-Cal 將保持不變。
- 在你等待聽證期間你的托兒照顧服務保持不變。
- 你的CalFresh (糧食券) 保持不變，直至聽證時或你證明期的結束時，視那一個先發生。

假如聽證決定認為我們是對的，你將欠我們你所得到的額外現金補助，糧食券，或托兒照顧服務。

若在聽證以前，要我們減少或停止你的福利金，請在下面作記號：

要，減少或停止： 現金補助 CalFresh (糧食券) 托兒照顧

在你為下列項目等待聽證期間

福利引至工作計劃：

你不必參加活動。

在寄你這份通知以前你因著就業和參加郡政府批准的活動可以領取托兒照顧付款。

假如我們通知你將停止你其它的協助性服務付款，即使你參加活動，你也不能再領取任何付款。

假如我們通知你將支付你其它的協助性服務付款，我們將在此通知中告訴你的金額和付款方式付款。

- 若要得到這些協助性服務，你必須參加郡政府要你參加的活動。
- 在你等待聽證決定時，假如郡政府付你的協助性服務的金額不足夠讓你參加活動的話，你可以停止參加。

加州領取民眾補助十幾歲家長的教育計劃 (Cal-Learn):

- 假如我們通知你我們不能為你服務，你就不能參加 Cal-Learn 計劃。
- 我們只為被批准的活動支付 Cal-Learn 協助性服務。

其他資料

Medi-Cal 地區管理護理計劃成員：在這份通知上所採取的行動會停止你從地區管理保健計劃項下領取服務。假如你有問題的話，你可以和你的健康計劃會員服務部門聯絡。

子女撫養和/或醫藥付擔費：即使你沒有領取現金補助，你當地的子女撫養代理機構也會免費幫助你領取資助。假如他們現在為你收取資助的話，他們將保持進行收取，除非你書面通知他們停止這樣做。他們將寄給你現在所收取到的資助，但他們將收起你所欠郡政府過期未付的錢。

家庭計劃：你的福利所將把你索取的資料提供給你。

聽證檔案：假如你請求聽證的話，州政府聽證部門將設立一份檔案。在你聽證以前，你有權查看這份檔案，並且至少在聽證前的兩天內得到一份郡政府對你案件的立場聲明的副本。州政府可以把你的聽證檔案交給福利所，聯邦健康人文服務部和聯邦農業部。

(W&I Code Sections 10850 和 10950.)

若要請求聽證

- 填寫這一頁。
- 複印一份本頁的正反面留作你的記錄。假如你索取的話，你的工作人員會給你一份本頁的副本。
- 請把這一頁寄至或送至：

或者

- 打免費電話：**1-800-952-5253** 或者對聽覺或言語有障礙，使用聾者電傳機(TDD)的人，打**1-800-952-8349**。

要取得幫助：你可以打上面所列州政府的免費電話詢問你的聽證權利或者尋求法律諮詢的推薦。你可以在你當地的法律諮詢所或福利權利所取得免費的法律幫助。

假如你不願意單獨去聽證，你可以帶朋友或某位人士前去。

聽證要求

我因為 _____ 郡福利所採取有關下列計劃的行動而要求聽證：

現金補助 CalFresh (糧食券) Medi-Cal

其他 (請列出) _____

理由在於：_____

假如你需要更多篇幅的話，請在此作記號並另加一頁。

我需要州政府提供我一位不需要我付費的翻譯員。(你的親戚或朋友在聽證時不能為你翻譯。)

我的語言或方言是：_____

福利被拒絕，改變或停止人的姓名

出生日期 _____ 電話號碼 _____

街道地址 _____

城市 _____ 州 _____ 郵遞號碼 _____

簽名 _____ 日期 _____

填寫此表格人姓名 _____ 電話號碼 _____

我要求下面提名人士在聽證時代表我。我准許這位人士查看我的記錄或為我去聽證。(這人可以是朋友或親戚，但不能為你作翻譯。)

姓名 _____ 電話號碼 _____

街道地址 _____

城市 _____ 州 _____ 郵遞號碼 _____