

家庭穩定計劃 計劃狀況改變通知

(ADDRESSEE)

通知日期: _____
 案件名稱: _____
 案件號碼: _____
 案件工作員: _____
 工作員號碼: _____
 電話號碼: _____
 地址: _____

有問題嗎？請向你的工作員查詢。

州聽證：假如你認為採取的行動是錯誤的話，你可以請求聽證。假如你在採取行動之前請求聽證的話，你的福利可能不會改變。如果你和郡政府不同意，或者如果你還沒有得到你工作員的回覆，請盡快要求舉行聽證會。你必須在一定的日數之前要求聽證會。請參閱本通知背面更多的信息，並了解如何要求舉行聽證會。

_____，自 _____ 起，我們將你從家庭穩定計劃除去，並把你放回到引至工作的福利 (Welfare to Work) 計劃。

我們不會改變你的現金輔助贊助金額。

我們將你從家庭穩定計劃除去，因為你沒有實行你在家庭穩定計劃中同意做的事項並且沒有一個正當的理由。你同意：_____

我們需要跟你談談

我們已為你約好會談的時間，在 _____，時間是 _____，在 _____ 簽署一份引至工作的福利計劃方案。如果你須要往返交通或托兒看顧才能赴約，請打電話給你的引至工作的福利計劃工作員，電話號碼在下面列出。

引至工作的福利計劃案件工作員姓名：

電話號碼：

如果你不能赴約，你必須打電話給你的工作員重新預約時間。除非你有正當理由，否則你只有一次機會改變預約時間。你可以打電話給你的工作員談論這問題代替親赴會談。在 _____ 之前，你必須打電話給你的工作員另約時間見面，或在電話談論你的問題。

如何使你重新獲得家庭穩定計劃

你從家庭穩定計劃除去因為你沒有做或不能夠做到我們要求你做的事項，而且你被安排在引至工作的福利計劃下。如果你相信你能夠按照你的家庭穩定計劃方案，你可以與郡政府聯絡，並告訴他們你希望重新回到家庭穩定計劃：但你必須按照你家庭穩定計劃的方案。

要聯絡郡辦事處關於重新領取家庭穩定計劃一事，請打電話 _____。

你需要免費的法律諮詢嗎？ 有關這問題，你可以從下列地方得到免費的協助：

當地法律協助辦事處：（ ）

州福利權益機構：（ ）

法規：這些條例適用，你可在你的福利辦事處查閱：Assembly Bill (AB) 74 (Chapter 21, Statutes of 2013); Welfare & Institutions (W&I) Code Section 11325.24

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之前你請求聽證：

- 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 福利保持不變，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 ☐ 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 ☐ 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