

工作福利計畫(Welfare-to-Work) 行動通知書 24個月時限 通知書

縣

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

通知日期 : _____
個案姓名 : _____
號碼 : _____
社工姓名 : _____
號碼 : _____
電話 : _____
地址 : _____

(ADDRESSEE)

┌

└

是否有任何疑問？請詢問您的社工。

州聽證會：如果您認為這項行動是錯的，可以要求舉行聽證會。如果您在這項行動發生之前要求舉行聽證會，您的福利可能不會改變。如果您和縣府有異議或您沒有收到社工回覆，請不要拖延，立即要求舉行聽證會。您必須在特定日期之前提出舉行聽證會的要求。請參見本通知背面的詳情並瞭解應當如何要求舉行聽證會。

截至 _____，您，

_____，
總共已經使用您工作福利計畫 (Welfare-to-Work) 24個月時限中的 _____ 個月。從 _____ 開始，您的工作福利計畫 (Welfare-to-Work) 參與狀態將發生變化。您必須滿足CalWORKs聯邦標準方可繼續獲得現金補助，除非您符合工作福利計畫 (Welfare-to-Work) 24個月時限的延時資格要求（延期），或不必參與工作福利計畫(Welfare-to-Work)（豁免）。

您應當已經收到一份預約通知並和您的社工見面，確保您的參與符合CalWORKs聯邦標準。如果您還沒有為這項審查預約和您的社工見面，您必須立即和您的社工聯絡，確保您的參與符合CalWORKs聯邦標準，或瞭解您能否獲得工作福利計畫 (Welfare-to-Work) 24個月時限的延時要求，或您是否不必參加工作福利計畫 (Welfare-to-Work) 即可保留現金補助。

如果您已經和社工見面並簽署了經調整的符合CalWORKs聯邦標準的工作福利計畫 (Welfare-to-Work)，或您已經獲得延期或豁免，則您不必為本通知和您的社工聯絡。

如果您不符合CalWORKs聯邦標準，您家的現金補助可能會降低。

Medi-Cal: 本通知不會改變或取消Medi-Cal福利。請繼續使用您的**塑膠福利識別卡**。我們會另行發送通知，說明您健康福利發生的任何變化。

CalFresh: 本通知不會取消或改變您的CalFresh福利。我們會另行發送通知，說明您CalFresh福利發生的任何變化。

只領取Medi-Cal和/或CalFresh不會影響您的現金補助時限。

Rules: 適用以下規定：

「福利與收容法規」第11322.85(a)節

若您對本通知的資訊有異議，請立即和您的社工聯絡。

社工姓名： _____

電話號碼： _____

您是否需要免費的法律援助？就此問題您可以獲得以下機構提供的免費援助：

本地的法律援助辦公室

(_____) _____

州福利權利組織

(_____) _____

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。如果你有充分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。如果你提供充分的理由，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 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 _____