

採取行動通知

郡

通知日期: _____
案件名稱: _____
號碼: _____
工作人員姓名: _____
號碼: _____
電話號碼: _____
地址: _____

(ADDRESSEE)

┌

└

有問題嗎？請向您的工作人員查詢。

州聽證：假如您認為採取的行動是錯誤的，您可以請求聽證。本頁反面會告訴你怎樣進行。假如您在採取行動之前請求聽證的話，您的福利不會改變。

- 引至工作的福利計劃 Cal-Learn
自 _____ 起，至 _____ 止
- 郡政府已把您的交通限額由 \$ _____ 改為 \$ _____，
總共 _____ 每 _____ 哩。
- 郡政府根據公共交通費用額，由每 _____，\$ _____
改為 \$ _____。
- 郡政府已把您的巴士車票，由每 _____，\$ _____ 改
為 \$ _____。
- 郡政府已把您的交通付款方式由 _____ 改為
_____。
- 郡政府已經把您的其他交通方式（識別類型）： _____
付款由每 _____ 改為每 _____ 每 \$ _____。

理由在於：

- 郡政府的哩程費用額改變在 _____ 起生效。
以前費用是每月 \$ _____，現在是每月 \$ _____。
- 您的哩程有所改變。
從您家到您引至工作的福利計劃活動的哩程以前是 _____
英哩，現在是 _____ 英哩。
- 公共交通費用額的改變在 _____ 起生效。
以前費用是每月 _____，現在是每月 _____。
- 可以提供公共交通給只花不到二個小時的時間使您準時從家裏
到達您的 WTW 活動場地。
- 其他：

您的交通付款限額將會是

- 預先支付您。您必須在月底提交您的證明。
- 在月底支付給您（您沒有要求預付交通費用）
- 支付給您的交通提供者（是誰）： _____
- 其他：

法規： 這些條例適用。您可以在您的福利所查看這些條例：
MPP Section 42-750.112, .2 and .4. Welt & Inst. Code 11323.2,
11323.4, 11322.9

您的交通付款限額計算在這份通知上。

只有在沒有公共交通時，或者假如您駕車，費用相當於或少於公共
交通費時才支付哩程費。在您從家裡準時到達活動場所的來回路程
若花二個小時或不到二個小時的話，可提供您公共交通費。到您孩
子的學校或託兒所的來回時間不計入您到達您的活動場所需要的時
間。即使有公共交通的提供，假如您仍駕車的話，只會支付給您公
共交通費用額或哩程費用額，視乎那一筆費用較低。

您必須在更改您的交通安排之前至少十天通知您的工作人員，緊急
情況除外。

- 公共交通
_____ 每天費用額
_____ 每 _____
= \$ _____
- 您車輛的哩程
_____ 費用額
_____ 每 _____
_____ 哩程
= \$ _____
- 泊車
\$ _____ 月份 學期 其他
- 其他：
_____ 費用額
x _____ 每 _____
= \$ _____
- 因為您的活動期少於 30 天，您不會收到另一份通知告訴您何
時終止您的付款。

假如您認為這份通知是錯誤的話，您可以打電話給您的引至
工作的福利計劃 / Cal-Learn 工作人員

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