

您的聽證權利

1. 您有權要求與郡政府舉行一次會議，以討論此行動。在會議中，您可以代表自己發言，也可以讓其他人（律師、親屬、好友或其他人）代表您發言。如果您想要舉行會議，請聯絡郡政府。
2. 如果您不同意任何郡政府的行動，無論您是否要求舉行會議，您都有權要求聽證。您只有 **90** 天的時間要求聽證。這 **90** 天的期限始於郡政府提供給您或郵寄給您此通知的第二天開始。
3. 如果您在有關家庭護理服務 (IHSS) 的通知出現之前要求聽證，則會在聽證之前繼續獲得服務。如果您善意地提出自己的請求，則無需償還您在等待聽證期間獲得的服務之任何費用，即使聽證決議表明郡政府的行動是正確的，您也仍無須償還該費用。
4. 您可以親自申請或以書面形式申請聽證。您需要聲明自己想要舉行聽證並且告知原因。
5. 您可以自己要求聽證，或者請求郡政府援助。無論透過任何方式，您都應盡快告知您的社工。
6. 在聽證中，您可以代表自己發言，也可以讓其他人（律師、親屬、好友或其他人）代表您發言。您可以在當地的法律援助或福利權辦公室獲得免費的法律援助。如需法律援助轉介，請撥打列於本頁的免費電話號碼。
7. 如果您不想獨自前往聽證會，可以偕同您的親屬、好友或其他人出席。
8. 您可以在當地的家庭護理服務 (IHSS) 辦公室檢視有關聽證的法規。
9. 資訊處理慣例：您為申請聽證而提供的資訊需要依據州法律處理您的申請。個案檔將針對您的聽證制定，並且您有權檢視檔中的資訊。您提供的任何資訊都可能與郡政府或美國健康與人類服務部共用。

如要求聽證：

填寫本頁。

將本頁的正反面複製一份，以供您備份。如果您要求，您的社工可為您複製本頁。將本頁發送至：

California Department of Social Services, State Hearings Division, P.O. Box 944243 Mail Station 8-16-50 Sacramento, CA 94244-2430

或者撥打免費電話：1-800-952-5253，使用 TDD 的聽障或語障人士請撥 1-800-952-8349

要求聽證

我想要舉行一場聽證會，因為我不同意郡政府就我的社會服務所採取的行動。原因如下：

如果您需要更多空間，核選方塊並添加一頁。

我需要州政府免費為我提供一名口譯員。（親屬或好友無法在聽證會上為您翻譯。）我使用的語言或方言是：_____

社會服務被拒絕、更改或終止的個人

電話號碼

出生日期

街道地址

城市

州

郵遞區號

簽名日期

填寫此表的個人姓名

我希望下列的人在聽證會上代表我出席。我允許此人檢視我的記錄並/或代表我前往聽證會。（此人可以是您的好友或親屬，但此人不得為您做翻譯。）

姓名

電話號碼

街道地址

城市

州

郵遞區號