

CALFRESH : 認定期間に関するご案内 内高齢者/障害者が同居されている世帯対象

郡

通知日 : _____
 ケース名 : _____
 ケース番号 : _____
 ワーカー名 : _____
 ワーカー番号 : _____
 電話番号 : _____
 住所 : _____

(Addressee)

| | |
|--|--|
| | |
| | |

ご質問がおりますか？担当者にお尋ねください。

州の聴聞会：この処分が誤りであるとお考えの場合は、聴聞会の開催を要請することができます。要請の方法は、第三頁および第四頁に示されています。この処分の発効前に聴聞会の開催を要請された場合は、給付が変更されない可能性があります。

1. _____ CalFresh認定期間が終了します。
(MM/DD/CCYY)
2. 申請書に完全に記入のうえ、_____ までに郡宛にご返送ください。
(MM/DD/CCYY)

申請が遅れた場合、給付が遅くなる可能性があります。申請手続きが完了していない場合、あなたの案件が打ち切られる可能性もあります。あなたの案件が打ち切られた場合、認証期間の終了後30日間以内であれば所要の手続きを済ませることができます。遅延の原因によっては新しい認証期間の当初の月の給付が部分的なものとなる可能性もあります。

3. 面接が必要とされない可能性があります。あなたが提供される情報によっては、郡としてあなたから聴取りを行う必要がある可能性もあります。この聴取りは、対面形式の面接が必要な場合を除き、電話で行われます。障害のために手助けを必要とされる場合は、速やかに郡にその旨をお伝えください。
4. ご希望の場合は、郡に電話し、面接を要請することができます。郡として、あなたから聴取りを行う必要がある場合、又はあなたが面接を要請される場合は、面接の予定日時を記載した書簡を別途受領されることになります。
5. 面接を予定通りに実施できない場合は、ご自身が責任をもって予定を変更する必要があります。
6. 所得又は費用等の変更を報告される場合、申請書に証拠をご添付ください。すべての変更の証拠は、あなたの認証期間の有効期限が切れる前に提出する必要があります。この情報を入手するために手助けが必要な場合は、郡当局にお伝えください。郡当局は、このような情報の取得についてお手伝いすることができます。

重要事項

- 郡は、あなたが改めて報告すべき時について通知させて頂くことになります。
- 次の何れかの事態が生じた場合、給付の継続に係る決定を得るために最大で30日間お待ち頂くことになる可能性があります。

- 認定期間の終了前に、再認定申請書に記入した変化に関する情報の証拠となる文書を提出しなかった場合。
- 聴取りが必要である旨伝えられたものの、いまだに面接が実施されていないとき。
- あなたは、郡当局から申請書を取得する権利を有されています。郡当局は、あなたの申請書が署名済であるとともに、少なくともあなたの名前、住所、及び署名が認められている限り、受理しなければなりません。
- ご自身または授権代理人には、CalFresh申請書を提出する権利があります。その際に、申請書を居住する郡に持参する、郵送する、ファックス送信する、または群で許可されている他の届け出方法（電子メール送信または<http://www.benefitscal.org>でのオンライン電子申請）を利用することができます。給付までの期間は、申請書が郡に提出された日に基づき計算されます。
- あなたの世帯が連邦補足的保障所得（SSI）受領者のみで構成されている場合、あなた、又はあなたの正式な代理人は、社会保障庁の何れかの事務所においてカルフレッシュに係る申請を行う権利を有されるものです。

CalFresh MPPの項 : 63-300.3、63-504.25、63-504.251、63-504.6、63-504.61に定められる規則が適用されます。規則はオンラインで (cdss.ca.gov) ご覧いただけます。または、お住まいの郡の郡役所にお問い合わせください。

聴聞会に関する権利

郡の決定に異議がある場合、州に聴聞会を開催するよう要請することが出来ます。聴聞会の請求期間は90日間に限られています。この90日間の期間は郡があなたにこの通知書を手渡し、または郵送した日の翌日から計算されます。90日間以内に聴聞会の開催を要請できなかったことについて正当な理由がある場合は、期限を過ぎても聴聞会の開催を要請できることもあります。正当な理由を伝えることにより聴聞会が開催されることになる場合もあります。

Cash Aid、Medi-Cal、CalFreshまたはChild Careに係る決定の前に聴聞会の開催を要請することにより:

- 聴聞会が開催される前の待機期間中にCash AidまたはMedi-Calに変更が加えられることが無くなります。
- 聴聞会が開催される前の待機期間中にChild Careサービスが変更されないこともあります。
- 聴聞会が開催されるまで、または認証期間が終了するまでの何れか早い時点までCalFreshの給付は変更されません。

もし聴聞会の結果により郡側の判断が適切とされた場合、その期間中に受領した付加的なCash Aid、CalFreshまたはChild Care サービスについて返済する義務を負うこととなります。聴聞会が開催される前にあなたの給付の減額または停止を許可される場合は下記にチェックを入れてください。

はい、右の給付を減額または停止してください:

- Cash Aid CalFresh Child Care

下記の援助について聴聞会の決定を待つ間について:

Welfare to Work:

このプログラムに関する活動に参加する必要はありません。

この通知書を受ける前に郡が承認した活動や雇用に対する養育費の支払いを受け取ることが出来ます。

その他の支援サービスの支払い金が停止されると当局が伝えた場合、例え活動に参加したとしてもこれ以上の給付金を受け取ることはできません。

その他の支援サービスの支払い金を当局が支払うと伝えた場合、その金額についてはこの通知書内で指定したとおりの方法で支払われます。

- これらの支援サービスを受けるには郡当局が指定した活動に参加しなければなりません。
- 聴聞会の結果を待つ間に郡が支払う給付金はその活動に参加するためには不十分な金額である場合は、その活動に参加することを中止しても構いません。

Cal-Learn:

- 当局があなたにサービスを提供できないと伝えた場合、Cal-Learn Programに参加することはできません。
- Cal-Learn支援サービスで支払うことのできるものは事前に承認された活動のみです。

その他の情報

管理ケアプラン加入者 (Medi-Cal Managed Care Plan Members): この通知書に記載されている内容によっては、管理されたケアヘルスプランのサービスを受けられなくなる可能性もあります。質問がある場合はあなたのヘルスプラン会員サービスまでお問い合わせください。

養育・医療支援 (Child and/or Medical Support): あなたが補助金を受けていない場合でも地元の児童養育費徴収局が無料で徴収のサポートを致します。これが現在提供されているサポートである場合、あなたが書面にて停止を求めない限り続きます。徴収した現在の養育費は送付されますが、期限を過ぎた郡に支払われるべき金額は差し引かれることとなります。

家族計画 (Family Planning): 質問があれば福祉事務所 (Welfare Office) から情報を得ることが出来ます。

聴聞会関連ファイル: 州による聴聞会の開催を要請された場合、州聴聞局はその件に関してのファイルを準備いたします。あなたは聴聞会の前にそのファイルを開覧する権利があり、少なくとも聴聞会の二日前までに郡側の書面で明記された立場についての写しを得ることが出来ます。州当局はあなたの聴聞会ファイルを福祉課 (Welfare Department) 並びに米国保健社会福祉省及び農務省 (U.S. Departments of Health and Human Services and Agriculture) に提供することもあります。 (W&I Section Code 10850 及び 10950。)

聴聞会の開催を要請するには:

- このページにご記入ください。
- 控えとしてこの書面の裏表両方をコピーのうえ、保管してください。必要であれば担当官に依頼すればコピーを提供致します。
- このフォームを以下まで持参または郵送してください:

または

- フリーダイヤル 1-800-952-5253 フリーダイヤル 1-800-952-5253に電話をするか、聴覚・言語に不自由がある方でTDDを利用される場合は1-800-952-8349にお掛けください。

手助けが必要な場合：上記の州のフリーダイヤル番号で聴聞会の権利や法的援助の紹介についてお問い合わせ頂けます。地元地域の法的支援オフィスまたは福祉受給権オフィスにて無料の法的援助を受けることも出来ます。

もし聴聞会に一人で参加されたくない場合は友人や他の人を同伴されても差支えありません。

聴聞会の開催の要請

私は _____ 郡による下記の件に関する決定に対し聴聞会の開催を要請致します。

- Cash Aid CalFresh Medi-Cal その他 (明記) _____

聴聞会の開催を要請する理由: _____

- 記入スペースが足りない場合は、ここにチェックを入れ、別紙を添付してください。
- 私は州当局に無料で通訳を提供するよう要請致します。(聴聞会において親族や友人が通訳を務めることは禁じられています。)
- 私の言語または方言は以下の通りです。 _____

| | | | |
|------------------------|---|--------|--------------|
| 給付金が却下、変更、または停止された人の氏名 | | その他を記載 | 電話番号 |
| 住所(所在地) | 市 | 州 | ZIPコード(郵便番号) |
| 署名 | | | 日付 |
| このフォームの記入者の氏名 | | | 電話番号 |

- 聴聞会では下記の人物に私の代理人を務めることを希望します。私はこの人物に私の記録の閲覧及び聴聞会に私の代理人として出席することを許可します。(この人物は親族や友人であっても問題はありますが、あなたの為に通訳をすることは許されません。)

| | | | |
|---------|---|------|--------------|
| 氏名 | | 電話番号 | |
| 住所(所在地) | 市 | 州 | ZIPコード(郵便番号) |