

処置通知

郡名

通知日: _____

ケース名: _____

ケース番号: _____

担当官名: _____

担当官番号: _____

電話番号: _____

住所: _____

(ADDRESSEE)

┌

┐

┌

┐

質問があれば担当官にお尋ねください。

州聴聞会：もしこの措置が誤りがあると思われる場合は聴聞会を要請することができます。詳しくは3ページ目をご覧ください。この処置が取られる前に聴聞会を要請した場合、聴聞会が開かれるまでは給付は変更されません。

Medi-Cal: この通知はあなたのMedi-Cal給付を変えるものではありません。あなたに支給されているプラスチック製の給付IDカードは継続してお使いください。健康保険に関する変更がある場合は別途連絡いたします。

CalFresh: この通知はあなたのCalFresh給付を変えるものではありません。CalFreshベネフィットに関する変更がある場合は別途連絡いたします。

Medi-Cal および/あるいは CalFreshを受け取っていることは、あなたのキャッシュエイドに期限に影響するものではありません。

規定：以下の規定が適用されます。詳しくはお近くの福祉課にてご確認いただけます。
MPP 44-100; 44-315; SB 80 (Chapter 27, Statutes of 2019)。

月々のキャッシュエイド額

セクションA. 計算対象となる所得
対象となる月 _____

1. 自営業による所得	\$ _____
2. 自営業費用・経費:	
a. 標準計算で所得の40%	- _____
または	
b. 実際の費用	- _____
3. 自営業純収入	= _____
4. (Disability-Based Unearned Income、 DBI) 障害を基とした不労所得 (扶助単位(Assistance Unit) + 非扶助単位メンバー (Non-Assistance Unit Members) \$ _____	
5. 除外視DBI\$500 (項目4が\$500 を超える場合)	- _____
6. 控除対象外の障害を 基とした 不労所得	= _____
または	
7. 未使用の除外視DBI額	= _____
8. 自営業純益 (上から)	+ _____
9. その他の勤労所得	+ _____
10. \$500の内の未使用額 (項目7から)	- _____
11. 小計	= _____
12. 除外される勤労所得の50% (Earned Income Disregard: EID)	- _____
13. 小計	= _____
14. 控除対象外の障害を基とした 不労所得 (項目6から)	+ _____
15. 小計	= _____
16. その他の控除対象外の所得 (扶助単位 + 非扶助単位メンバー)	+ _____
計算対象純所得	= _____

セクションB. キャッシュエイドの
対象となる月 _____

1. 最大扶助人数 _____ (扶助単位 + 非扶助単位メンバー)	\$ _____
2. 特別なニーズ (扶助単位 + 非扶助単位メンバー)	+ _____
3. セクションAからの 計算対象純所得	- _____
4. 小計	= _____
5. 最大エイド人数 _____ (扶助単位のみ) (ペナルティーを受けた個人を除く)	\$ _____
6. 特別なニーズ (扶助単位のみ)	+ _____
7. 最大エイド小計	= _____
8. ひと月のエイド小計 (ライン4または7の最少額)	= _____
9. ライン8の月の一部の 案分比例計算	= _____
10. 調整:	
養育費25%ペナルティー	- _____
その他のペナルティー	- _____
過払い	- _____
Cal-Learnのペナルティー	- _____
スクールボーナス (\$100もしくは\$500)	+ _____
11. 月々のキャッシュエイド額 (ライン8または9の調整後の額)	\$ _____

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)