

措置通知

郡名: _____

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

(ADDRESSEE)

「
」

何かご質問がありますか？ある場合はワーカーにお尋ねください。

州査問会：あなたがこの措置に誤りがあると考える場合、査問会の実施を要請することができます。この措置がとられる前に査問会の実施を要請すると、あなたのCalFresh(食費助成)給付額が変更されることはありません。あなたおよび郡が不同意である場合、あるいは、あなたを担当するワーカーから聞いていない場合は、直ちに査問会の実施を要請してください。特定の日数が経過する前に査問会の実施を要請しなければなりません。査問会の実施を要請する方法の詳細については、本通知の裏面をご覧ください。

_____, 様、当局の記録ではあなたは以下を行っていません。

- ウェルフェアトゥワーク プラン _____ への署名。
- _____ の _____ への参加。
- あなたの _____ 活動における良好な進展。その理由: _____
- _____ での仕事の受諾。
- _____ での仕事の維持。
- 一定の所得の維持。

当局はあなたと以下について話しを行う必要があります。

あなたの家族の現金助成が低減することを回避するために、この問題について当局はあなたと話しを行う必要があります。あなたの予約は _____ において _____ 日の _____ 時です。この会合に出席するため通勤補助または保育補助を必要とする場合はお住いの地域のウェルフェアトゥワーク・ワーカーに以下に記載の電話番号でご連絡ください。

ウェルフェアトゥワーク・ワーカーの名前: _____
電話番号: _____

この会合に出席できない場合はワーカーに連絡して新しい予定を組む必要があります。正当な理由がある場合に限り1回のみ予定を変更することが可能です。会合に出席する代わりに電話であなたの問題についてワーカーと話すこともできます。ワーカーに電話をして新しい予定を組むか、あなたの問題について _____ で電話で話す必要があります。

ワーカーと話するときあなたが要求されたことを行わなかった正当な理由(「正当な原因」)があるかどうか、尋ねられます。正当な理由があることを当局が認めた場合、ご家族の現金助成はこの問題により低減されることはありません。正当な理由とは、保育援助を受けていない、通勤補助を受けていない、などです。その他の正当な理由はこの通知と一緒に送付した「Request For Good Cause Determination(正当な理由と判断するための要求)」をご覧ください。

ウェルフェアトゥワーク活動を行わなかった時期にあなたが免除を受けていたことを当局に示すことができれば、あなたの家族助成は低減されません。

あなたが要求された活動を行わなかった正当な理由を持たない場合、ウェルフェアトゥワーク規則に適合するコンプライアンスプランに同意するという方法があります。あなたがコンプライアンスプランに同意しそれが指示することを行えば、ご家族の現金助成は低減されません。あなたがコンプライアンスプランに同意した後にそれが指示することを行わなかった場合ご家族の現金助成は低減されます。そのような結果になった場合はあなたに別の通知が送付されます。

ルール: このルールは以下に適用されます: CalWORKs MPP § 42-712 (例外); 42-713 (適当な理由); 42-721 (コンプライアンスに反し、適当でない理由)。CalFresh MPP § 63-407.521。これらの規定は該当の福祉事務所で閲覧できます。

ご家族の現金助成の低減を中止する方法

当局があなたに行うよう要求した活動をあなたが行わなかった、その正当な理由をあなたが示さない限り、_____ 時点であなたのご家族の現金助成は\$ _____ から\$ _____ へ次のページに示すように低減されます。正当な理由がない場合、コンプライアンスプランに同意すればご家族の現金助成の低減を避けることが可能です。コンプライアンスプランに同意しない場合、ご家族の現金助成が低減する前に別の通知を受け取ることはありません。

ご家族の現金助成が低減されている場合、あなたのご家族がいくら受け取れるか、それはどのように決定されるか、その詳細については次のページをご覧ください。

現金補助対象期間でない場合は、交通費または仕事や研修に関連する費用は助成されません。仕事か教育機関に行く場合は、育児に関しては負担できます。

現金補助を再度受け取るためには

あなたは、従うと同意した項目に従わなかったため、アシスタンスユニットから除外され、現金補助が減額されました。現金補助が減額されている場合、国へ現金補助を受け取りたいという事を報告し、必要事項を実行すれば、減額された分を改めて受け取れます。

減額された現金補助を取戻すため郡に連絡をする場合は下記にご連絡ください。 _____

ご家族のもう一人の親、 _____ は、彼/彼女にその資格があれば、郡に連絡をして彼/彼女が現金助成を取戻したいことを伝え、郡が指示することにより、再度現金助成を受取るすることができます。

無償の法律に関するサポートが必要ですか？ 以下からこの問題に関して無償のサポートを受けられます:

地域法律補助事務所: (____) _____

州福祉権協会: (____) _____

CalFresh: ウェルフェアトゥワークの要件に適合できなかった場合、CalFreshのペナルティとなりCalFreshを取得できない場合があります。CalFreshペナルティが発生した場合、どのくらいの期間CalFreshの特典が停止されるかの通知を受けます。

Medi-Cal: 本通知はMedi-Cal給付を変更または停止するものではありません。プラスチック製の給付IDカードをご利用ください。

公聴会に関する権利

郡の決定に異論がある場合、あなたには公聴会を求める権利があります。公聴会の請求期間は90日間のみです。この90日は、郡があなたにこの通知書を手渡すか郵送した翌日から計算します。90日以内に公聴会を申請できない正当な理由がある場合は、期限を過ぎても公聴会を申請できることがあります。正当な理由を伝えれば、公聴会の日取りを決めることができます。

Cash Aid、Medi-Cal、CalFresh、またはChild Careに対する決定の前に公聴会を求めると…

- 公聴会が実施されるまでの待機している間、Cash AidまたはMedi-Calに変更はありません。
- 公聴会が実施されるまでの待機している間、Child Careサービスは変更されないこともあります。
- 公聴会実施まで、または認証期間が終了するまでの、いずれか早い時点までCalFreshの給付は変更されません。

公聴会の結果、当局が正しいと判断された場合、すでに受け取っているCash Aid、CalFresh、またはChild Careサービスについてあなたは払い戻しをする義務を負います。公聴会の前にあなたの給付の減額または中止を希望する場合は、以下の該当項目にチェック印を付けてください：

次の項目の減額または中止を希望します： Cash Aid

CalFresh Child Care

下記の援助について公聴会の結果を待っている間の規定：

Welfare to Work:

活動に参加する必要はありません。

雇用、およびこの通知書を受け取る前に郡が認可した活動に対して養育用の支払金を受け取ることができます。

その他の支援サービスの支払金が停止されると当局が伝え場合、あなたが活動に参加しても、これ以上の支払金は受け取れません。

その他の支援サービスの支払金を当局が支払うと伝えた場合、その金額をこの通知書に述べた形で支払います。

- これらの支援サービスを受けるためには、郡当局があなたに出席するよう指示した活動に参加しなければなりません。
- 公聴会の結果を待っている間に郡が支払う支援サービスの金額が不十分で活動参加できない場合、活動へ出席を中止することができます。

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、あなたはCal-Learnプログラム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、承認された活動だけです。

その他の情報

Medi-Cal管理ケアプラン加入者 (Medi-Cal Managed Care Plan Members):

この通知書に記載の活動で、あなたは管理ケアヘルス・プランからのサービスを受けられなくなることもあります。質問がある場合は、あなたのヘルスプラン・メンバーシップ・サービスに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、児童養育費徴収局が無料で養育費徴収のお手伝いをします。徴収局が現在、あなたのために養育費の徴収を行っている場合は、あなたが書面でそれを中止するよう依頼しない限り、それを続けることになります。徴収局は徴収した現在の養育費をあなたに送付しますが、郡に支払われるべき期限経過の金額は送付できません。

家族計画 (Family Planning): 質問があれば福祉事務所が情報を提供します。

公聴会ファイル：公聴会を求めた場合、州公聴会はファイルを準備します。

あなたは公聴会が開始される前にこのファイルを閲覧し、公聴会の少なくとも2日前にあなたのケースに対する郡側の立場を記した文書の写しを取得する権利があります。州当局はあなたの公聴会ファイルを福祉課 (Welfare Department)、米国保健社会福祉省 (U.S. Departments of Health and Human Services) および農務省 (U.S. Department of Agriculture) に提供することができます。(W&I Code Sections 10850 and 10950.)

NA BACK 9 (Japanese) (REPLACES NA BACK 8 AND EP 5) (REVISED 4/2013) - REQUIRED FORM - NO SUBSTITUTE PERMITTED

公聴会を請求するには：

- このページに記入してください。
- 控え用に、このページの表面と裏面のコピーを取っておいてください。
お申し出いただければ、あなたを担当する福祉士がこのページをコピーいたします。
- このページを以下まで送付または持参してください：

または

- フリーダイヤル1-800-952-5253または聴覚・言語が不自由でTDDを利用される方は1-800-952-8349にお電話ください。

手助けが必要な場合：上記のフリーダイヤル番号で公聴会の権利や法的援助紹介について問い合わせることができます。お住まいの地域の法的支援オフィスまたは福祉受給権オフィスにおいて無料の法的援助を受けることも可能です。

公聴会に一人で出席したくない場合は友人や他の人を同伴しても構いません。

公聴会の要請

私の下記の事柄について _____ 郡の福祉課の決定に対し、公聴会を希望します：

Cash Aid CalFresh Medi-Cal

その他 (リストにして記載) _____

公聴会希望の理由： _____

記入欄がもっと必要な場合は、ここにチェック印を付け、別紙を添付してください。

州当局に無料で通訳を提供してもらうことが必要です (公聴会で親戚や友人が通訳することは禁じられています)。

私の言語/方言： _____

給付が拒絶、変更、停止された者の氏名

生年月日	電話番号
------	------

STREET ADDRESS (所在地住所)

CITY (市)	STATE (州)	ZIP CODE (郵便番号)
----------	-----------	-----------------

署名	日付
----	----

この書類を記入した者の氏名	電話番号
---------------	------

私は下記の者が公聴会で私の代理となることを希望します。この代理人に私の記録の閲覧や公聴会への出席を許可します (この代理人は友人や親戚でも構いませんが、通訳を担当することはできません)。

氏名	電話番号
----	------

STREET ADDRESS (所在地住所)

CITY (市)	STATE (州)	ZIP CODE (郵便番号)
----------	-----------	-----------------