

CALFRESH、WINS (WORK INCENTIVE NUTRITIONAL SUPPLEMENT: 勤労誘因栄養補助食料)の給付に関する承認/却下/中止の通知

郡

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

通知日: _____
ケース名: _____
ケース番号: _____
担当者名: _____
番号/ID: _____
電話: _____
24時間情報: _____
住所: _____

(ADDRESSEE)

┌

└

ご質問は、担当者に尋ねるか、上記の番号までお問い合わせください。

州聴聞会: この決定が誤っていると思われる場合は、聴聞会を請求することができます。この用紙裏面に方法が記載されています。この決定が有効になる前に聴聞会を請求しても、給付が変更されない場合もあります。

承認

あなたは _____ より、毎月\$10のWINS食料
MM/DD/CCYY (月/日/年)

補助給付を受けとることになりました。この給付は次の理由によるものです。

- CalFresh受給世帯で、CalWORKs(カリフォルニア州就業の機会と子供に対する責任)やTribal TANF(部族向け貧困家庭一時扶助)給付金を受給していない。
- 自宅に18歳未満の子供がいるため、および
- TANFで定義される「就業対象個人」に当てはまり、CalFreshを受給している親/介護者が最低1名おり、連邦政府のTANF要件を満たす上記の就労活動に十分な時間参加している。

注記:再証明

CalFreshを再証明する時期には、通知が送られます。その際、WINSの継続受給資格も再検討されます。

CalWORKsに申請し承認される場合、WINS給付金は停止となります。

却下

あなたにはWINS給付金の受給資格がありません。ただし、この結果がCalFresh給付金に影響することはありません。

理由:

- 扶養している子供が18歳以上である。
- 現在、扶養していた子供と同居していない。
- 子供の合法的な後見人として確定されていない。
- 労働時間がWINS受給資格に必要な最低時間以下である。
- CalFreshの申請が却下された。
- その他 _____

中止

あなたのWINS給付金は _____ で中止となります。
MM/DD/CCYY (月/日/年)

理由:

- 資格のある唯一の子供の合法的な後見人の権利を停止された。
- カリフォルニア州外へ引越した。
- CalWORKsの申請が承認された。
- CalFresh給付金が中止された。
- 資格のある唯一の子供が世帯から引越した。
- 資格のある唯一の子供が18歳になった。
- 就労時間がWINS受給資格に必要な最低時間以下になった。
- その他(以下を参照):

規則: 次の規則が適用されます。ACL 13-71、ACIN I-14-14、福祉および施設規約15525。
福祉事務所で確認することができます。

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、それを続けることとなります。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. Department 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) |
|----------|-----------|-----------------|