

CALFRESH(칼프레쉬) 변경 고지: 반기 보고서 제출 제외

카운티

통지일자	:	_____
민원인 성명	:	_____
민원 번호	:	_____
담당자 성명	:	_____
담당자 번호	:	_____
전화번호	:	_____
주소	:	_____
	:	_____
	:	_____

(Addressee)

본 조치에 관한 질문이나 보다 자세한 정보는 담당사무관에게 문의하십시오.

주 정부 행정청문회: 본 조치에 오류가 있다고 생각되면 주 정부 행정청문회를 요청할 수 있습니다. 단, 이미 귀하의 상환의무 금액에 관한 행정청문회가 있었던 경우는 제외합니다. 2-3페이지에 방법이 자세하게 설명되어 있습니다. 본 조치가 취해지기 전 행정청문회를 요청하는 경우, 귀하의 복지 혜택은 변경되지 않을 수도 있습니다.

변경 사항 개요

- 귀하의 가구는 근로 소득이 없는 노인 및/또는 장애인 가족성원으로만 구성되어 있으므로 더 이상 연례 반기 보고서(SAR 7) 양식을 작성하지 않아도 됩니다.
- 귀하에게 해당하는 특정 변경 사항은 여전히 보고해야 하며, 귀하의 가구 총 월 소득액이 소득보고 한계치 금액(Income Reporting Threshold – IRT)을 초과하는 경우가 이에 포함됩니다. 카운티가 귀하에게 IRT를 확인하는 양식(SAR 2)을 발송해 드립니다. 그 전에 보고 시기를 확인하는데 필요한 보다 자세한 정보는 카운티에 문의하시기 바랍니다.
- 현재 귀하가 취해야 하는 조치는 없습니다
- 귀하의 복지 수혜 승인 기간이 만료하기 전에 승인 기간 만료를 통지해 드립니다. 고지서를 수령하고 나면 조치를 취해야 합니다. 고지서에 귀하가 무엇을 해야 할지 자세히 안내되어 있습니다

적용 규정: 본 조치(들)에는 다음의 규정이 적용됩니다: 연방 규정(CFR) 제7장 제273.2(e)항, 제7장 제273.2(f)항, 제7장 제273.10(f)(1)항; 제7장 제273.10(f)(4)항; 제7장 제273.14(b)(3)항. 해당 규정은 인터넷 cdss.ca.gov 사이트 또는 현지 카운티 복지 사무실에서 검토할 수 있습니다.

귀하의 주 심의회 요청 권리

귀하가 본 카운티의 통지 내용에 동의하지 않는 경우, 주 심의회를 요청할 수 있습니다. 주 심의회 요청 가능 기간은 카운티가 본 통지를 우편으로 발송하거나 전달한 일자 익일부터 시작하여 90일입니다. 귀하가 90일 이내에 주 심의회를 요청하지 못한 정당한 사유가 있는 경우에는 이 후에도 주 심의회 요청이 가능하며, 정당한 사유를 제공하는 경우, 주 심의회 개정이 가능합니다.

귀하가 ‘현금보조 (Cash Aid),’ ‘메디-칼 (Medi-Cal),’ ‘칼프레쉬 (CalFresh),’ 또는 ‘영유아 보육 지원 (Child Care)’ 프로그램에 대한 조치가 집행되기 전에 주 심의회를 요청하는 경우:

- 귀하가 주 심의회를 기다리는 동안, 귀하의 ‘현금보조 (Cash Aid)’ 또는 ‘메디-칼’은 동일하게 유지됩니다.
- 귀하가 주 심의회를 기다리는 동안, 귀하의 ‘영유아 보육 서비스 (Child Care Services)’는 동일하게 유지됩니다.
- 귀하가 주 심의회를 기다리는 동안 또는 귀하의 자격증명기한 종료일 중 먼저 발생하는 일자까지, 귀하의 ‘칼프레쉬 (CalFresh)’는 동일하게 유지됩니다.

주 심의회에서 정부가 승소판결을 받는 경우, 귀하는 ‘현금보조,’ ‘칼프레쉬,’ ‘영유아보육서비스 추가 수령 금액을 상환해야 합니다. 주 심의회 개정 전에, 다음 중 귀하가 줄이거나 또는 종단을 희망하는 혜택이 있으면 표시하십시오:

예, 감소 또는 종단 희망: 현금보조
 CalFresh 영유아 보육서비스

귀하가 기다리는 주 심의회 판결 결과가 다음의 혜택인 경우:

‘근로 연계 복지 (Welfare to Work):’

귀하는 근로활동에 참여하지 않아도 됩니다. 귀하가 이 통지서 수령 이전에, 카운티가 승인 고용 및 활동을 전제로 승인한 ‘영유아보육서비스’ 지급금액을 수령할 수 있습니다. 만일 귀하가 기타 지원 서비스 지급금액 중단 통지를 받으셨다면, 귀하가 활동에 참여하더라도, 귀하는 더 이상 지급대상이 아닙니다.

만일 귀하가 기타 지원서비스 지급금액 지불 통지를 받았다면, 본 통지서에 고지된 내용으로 해당 금액이 지불될 것입니다.

- 지원 서비스를 받기 위해서는, 귀하는 카운티가 지정한 활동에 참여하셔야 합니다.
- 귀하가 주 심의회 판결을 기다리는 동안 카운티가 지불한 지원 서비스 금액이 귀하가 근로활동에 참여할만큼 충분하지 않은 경우, 귀하는 활동 참여를 중단하실 수 있습니다.

‘칼-런 (Cal-Learn):’

- 귀하에게 더 이상 서비스를 제공할 수 없다는 통지를 받았다면, 귀하는 ‘칼-런’ 프로그램에 참여할 수 없습니다.
- 칼-런 지원 서비스는 승인된 학습활동에 한 하여만 지급됩니다.

기타 정보

‘메디-칼’ 보험관리프로그램 가입자: 본 통지서로 인한 행정 조치로 귀하가 가입한 보험관리프로그램 제공 서비스가 중단될 수도 있습니다. 자세한 사항은, 귀하가 가입된 보험관리프로그램 회원서비스에 문의하시기 바랍니다.

영유아 및/또는 의료 지원: 귀하가 현금 보조 수혜 대상이 아닌 경우, 지역 아동지원사무소는 무상으로 모금지원을 도와줄 것입니다. 귀하가 지금 이 도움을 받고 있는 경우, 귀하가 서면으로 서비스 중단요청을 할 때까지 도움을 제공할 것입니다. 사무소는 현재 모금된 지원금 중 귀하가 카운티에 체납한 금액을 제외한 금액을 귀하에게 전달할 것입니다.

가족계획 (Family Planning): 귀하가 요청시, 복지 사무소는, 정보를 제공할 것입니다.

청문회 자료 (Hearing File): 귀하가 주 심의회를 요청하는 경우, 주정부 주 심의회 사무소는 귀하의 민원을 접수할 것입니다. 귀하는 심리 개시 전에 이 자료의 열람요청권한이 있으며, 청문회 최소 이틀 전에 귀하의 민원 관련 카운티의 서면 진술서 사본을 받아볼 수 있습니다. 주정부는 귀하의 청문회 관련 자료를 복지국과 미국 보건 복지 및 농무부에 제출할 수 있습니다. (복지및기관법령 제 10850과 10950 항).

주 심의회 요청 방법:

- 본 페이지를 작성하십시오.
- 귀하의 기록 보관용으로 본 페이지의 양 면을 모두 복사하십시오. 귀하가 요청하면, 귀하의 담당자가 본 페이지의 복사본을 제공할 것입니다.
- 본 페이지를 아래 주소로 우편 또는 방문하여 접수하십시오:

또는

- 수신자부담무료전화: **1-800-952-5253** 또는 청각장애자 및 언어장애자 전용 TDD, 1-800-952-8349 로 접수가 가능합니다.

도움 요청방법: 귀하는 상기 전화번호로 귀하의 심리공청회 권리나 법률상담소개에 관하여 문의하실 수 있습니다. 귀하는 지역법률상담소나 복지권리사무소를 통하여 무료 법적조언을 구하실 수도 있습니다.

귀하가 주 심의회에 혼자 출석하기를 원하지 않는 경우에는, 친구나 다른 사람과 동행하실 수 있습니다.

주 심의회 요청서

본인은 카운티복지국의 다음의 조치에 대하여 주 심의회를 요청하는 바입니다: _____

현금보조 CalFresh Medi-Cal 기타(기재하십시오) _____

이유는 다음과 같습니다: _____

공란이 더 필요하시면, 여기에 표시하시고 페이지를 추가하십시오.

본인은 주정부 부담으로 무료 통역사 제공을 요청합니다. (친/외척이나 친구는 주 심의회에서 귀하의 통역을 맡을 수 없습니다.)

본인이 사용하는 언어는: _____

수혜자격이 거절되거나, 변경, 중단된 사람의 이름		생년월일	전화번호
거리명	시	주	우편번호
서명			일자
본 양식 작성자			전화번호

본인은 아래 서명인이 주 심의회에서 본인을 대리하기를 희망합니다. 서명인에게 본인의 기록을 열람하거나 또는 본인을 대신하여 주 심의회에 출석하는 것을 허락합니다. (대리인은 친구 또는 친인척일 수 있지만 본인을 위해 통역은 할 수 없습니다.)

성명		전화번호	
거리명	시	주	우편번호