

# 조치 통지서

카운티

고지일자: \_\_\_\_\_

민원인 성명: \_\_\_\_\_

민원 번호: \_\_\_\_\_

담당사무관 성명: \_\_\_\_\_

담당사무관 번호: \_\_\_\_\_

전화번호: \_\_\_\_\_

주소: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(ADDRESSEE)



궁금한 점이 있으십니까? 담당 사무관에게 문의하십시오.

**주 정부 심의회:** 본 조치가 잘못 되었다고 생각하시면 주 정부 심의회를 요청할 수 있습니다. 3 페이지에 방법이 설명되어 있습니다. 본 조치가 취해지기 전에 심의회를 요청하는 경우, 귀하의 혜택은 변경되지 않을 수도 있습니다.

**메디-칼:** 본 고지문은 귀하의 메디-칼(Medi-Cal) 혜택을 변경하거나 중단하지 않습니다. 귀하의 플라스틱 **Benefits Identification Card (복지 혜택 신분증)**을 계속 사용하십시오. 귀하의 메디-칼(Medi-Cal) 혜택에 변경이 있는 경우, 귀하에게 별도의 고지문을 발송해 드립니다.

**칼프레쉬:** 본 고지문은 귀하의 칼프레쉬(CalFresh)혜택을 변경하거나 중단하지 않습니다. 귀하의 칼프레쉬(CalFresh) 혜택에 변경 사항이 생기는 경우, 귀하에게 별도의 고지문을 발송하여 안내해 드립니다.

메디-칼(Medi-Cal) 및/또는 칼프레쉬(CalFresh)만을 수령하는 경우, 귀하의 현금 보조금 기간 한도 산정에 적용되지 않습니다

**규정:** 다음의 규정이 적용됩니다; 귀하의 복지 사무소에서 내용을 검토할 수 있습니다: MPP 제 44-100항; 제 44-315항; SB 80 (2019년 법령집 27장).

**월 현금 보조금액**

**A항. 가산 소득,**

	_____ 월	
1. 자영업 소득	\$ _____	
2. 자영업 지출 내역:		
a. 40% 표준	- _____	
또는		
b. 실비	- _____	
3. 자영업 순수입	= _____	
4. 총 장애 기반 비근로 소득(DBI) (지원 기준 단위 + 비 지원 기준 단위 구성원)	\$ _____	
5. \$500달러 DBI 배제 금액 (위 4번이 \$500달러를 초과하는 경우)	- _____	
6. 비면제 비근로 장애 기반 소득 또는	= _____	
7. 미사용 DBI 배제 금액	= _____	
8. 자영업 순수입 (위 내용 참조)	+ _____	
9. 총 기타 근로 소득	+ _____	
10. 미사용 \$500달러 (위 7번 참조)	- _____	
<b>11. 소계</b>	<b>= _____</b>	
12. 근로 소득 배제금액 50%	- _____	
<b>13. 소계</b>	<b>= _____</b>	
14. 비면제 비근로 장애기반 소득 (위 6번 참조)	+ _____	
<b>15. 소계</b>	<b>= _____</b>	
16. 기타 비면제 소득 (지원 기준 단위 + 비 지원 기준 단위 구성원)	+ _____	
<b>순 가산 소득</b>	<b>= _____</b>	

**B항. 귀하의 현금 보조금,**

	_____ 월	
1. 보조금 최고 지급액 _____ 인 (지원 기준 단위+ 비 지원 기준 단위 구성원)	\$ _____	
2. 특별 요구 사항 (지원 기준 단위 + 비지원 기준 단위 구성원)	+ _____	
3. A항의 순 가산 소득	- _____	
<b>4. 소계</b>	<b>= _____</b>	
5. 보조금 최고 지급액 _____ 인 (지원 기준 단위 만) (처벌 대상 개인 제외)	\$ _____	
6. 특별 요구 사항 (지원 기준 단위 만)	+ _____	
7. 보조금 최고치 소계	= _____	
<b>8. 기월 보조금 소계</b> (4번 또는 7번 최저 금액)	<b>= _____</b>	
9. 8번 일 수 계산 금액	= _____	
10. 조정 사항:		
25% 자녀 양육비 벌금	- _____	
기타 벌금	- _____	
초과지급액	- _____	
칼-런(Cal-Learn) 벌금	- _____	
교육 성과급 (\$100 또는 \$500)	+ _____	
<b>11. 월 현금 보조금 금액</b> (8번 또는 9번 조정 금액)	<b>\$ _____</b>	

## 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 못 한 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 참여하셔야만 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