

**조치 통지서
(계속)**

카운티

초과 지급 채무 액
(2021년 6월 1일 또는 이후 발생한
초과 지급 금액)

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

초과 지급 연 월
 섹션 A. 계수 소득, _____ 월 분

| | | | | |
|--|----------|--|--|--|
| 1. 총 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. \$550 DBI 배제금액 (위 4번 항목이 \$550달러를 초과하는 경우) | - | | | |
| 6. 비면제 비근로 장애 기반 소득 | = | | | |
| 또는 | | | | |
| 7. 미사용 DBI 배제 금액 | = | | | |
| 8. 자영업 순수입 (위 참조) | + | | | |
| 9. 총 기타 근로 소득 | + | | | |
| 10. 미사용 \$550달러 (위 7번 항목 참조) | - | | | |
| 11. 소계 | = | | | |
| 12. 근로 소득 배제 금액 50%. | - | | | |
| 13. 소계 | = | | | |
| 14. 비면제 비근로 장애 기반 소득 (위 6번 항목 참조) | + | | | |
| 15. 소계 | = | | | |
| 16. 기타 비면제 소득(지원 기준 단위 + 비 지원 기준 단위 구성원) | + | | | |
| 순 계수 소득 | = | | | |

섹션 B. 귀하의 현금 보조금, _____ 월 분

| | | | | |
|---|----|--|--|--|
| 1. 보조금 최고 지급액 _____ 인 기준 (지원 기준 단위 + 비 지원 기준 단위 구성원) | \$ | | | |
| 2. 특별 요구 사항 (지원 기준 단위 + 비 지원 기준 단위 구성원) | + | | | |
| 3. 섹션 A의 순 계수 소득 | - | | | |
| 4. 소계(적자인 경우 \$0달러를 입력하십시오.) | = | | | |
| 5. 보조금 최고 지급액 _____ 인 기준 (지원 기준 단위 만) (처벌 대상 개인) | \$ | | | |
| 6. 특별 요구 사항 (지원 기준 단위 만) | + | | | |
| 7. 보조금 최고치 소계 | = | | | |
| 8. 기월 보조금 소계 (4번 항목 또는 7번 항목 최저 금액) | = | | | |
| 9. 위 8번 항목 일 수 계산 금액 | = | | | |
| 10. 조정사항: 25% 자녀 양육비, 벌금(들) | - | | | |
| 기타 벌금 | - | | | |
| 초과 지급액 | - | | | |
| Cal-Learn(캘-런) 벌금 | - | | | |
| 교육 성과급 (\$100 또는 \$500) | + | | | |
| 11. 월 현금 보조금 금액 (8번 항목 또는 9번 항목 조정 금액) | \$ | | | |
| 12. 초과 지급액 | | | | |
| 귀하에게 지급된 현금 보조금 | \$ | | | |
| 조정 후 정정된 현금 보조금 금액 | - | | | |
| 소계 | = | | | |
| 13. 귀하에게 지급된 현금 보조금 | \$ | | | |
| 귀하를 위해 모금한 지원금 지급액 | - | | | |
| 소계 | = | | | |
| 14. 월 별 초과 지급 금액 (12번 항목 또는 13번 항목 소계 보다 적은 금액) | = | | | |

총 초과 지급액 (해당 월 전체 기간) \$ _____

적용 규정: 다음의 규정이 적용됩니다; 귀하의 복지 사무소에서 내용을 검토할 수 있습니다: MPP 섹션 제 44-352항.

주 정부 행정 청문회: 본 조치가 오류라고 생각하시면 주 정부 행정청문회를 요청할 수 있습니다. 3 페이지의 방법을 참조하십시오.

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 |