

# 이민자를 위한 정책 보조금 프로그램(CAPI: CASH ASSISTANCE PROGRAM FOR IMMIGRANTS) 변경 사항 고지

카운티

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

공지일 : \_\_\_\_\_  
 사례번호 : \_\_\_\_\_  
 번호 : \_\_\_\_\_  
 근로자 이름 : \_\_\_\_\_  
 번호 : \_\_\_\_\_  
 전화번호 : \_\_\_\_\_  
 주소 : \_\_\_\_\_

(수신인)

질문이 있으십니까? 귀하의 근로자에게 물어보십시오.

**주 심의:** 이 조치가 잘못되었다고 판단되면 심의를 요청할 수 있습니다. 심의 신청 방법에 대해서는 이 페이지 뒷면에 기재되어 있습니다. 이 조치가 시행되기 이전에 심의를 요청하면 귀하의 혜택이 변경되지 않을 수 있습니다.

혜택 변경 사항:

다음과 같은 사유로 인해 \_\_\_\_\_ 일자로, 귀하의 CAPI 보조금이 (월/일/년)

\$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ 로 변경됩니다:

- 귀하 또는 배우자, 동거인의 소득이 변경되었습니다. (MPP49-035)
- 귀하의 혼인 상태가 변경되었습니다. (MPP 49-035, MPP 49-050)
- 귀하의 복지 계획이 변경되었습니다. (MPP 49-050)
- 귀하에게 초과 비용이 지급되었습니다 (주석 참조). (20 CFR 416.537)
- 기타 \_\_\_\_\_

지급 중단:

다음과 같은 사유로 인해 \_\_\_\_\_, 귀하의 CAPI 보조금 지급이 (월/일/년)

중단됩니다:

- 귀하의 시민권/이민 상태가 CAPI 요건을 충족하지 않습니다. (MPP 49-020)
- 귀하의 소득 \$ \_\_\_\_\_ (배우자 소득이 포함될 수 있음)가 허용된 제한을 초과합니다. (MPP 49-035)
- 귀하의 자산(배우자의 자산이 포함될 수 있음)이 허용된 제한을 초과합니다(개인: \$2,000, 부부: \$3,000). (MPP 49-040)
- SSI 혜택 신청을 위한 증빙 자료를 제출하지 않았거나 SSI 혜택을 받기 위해 필요한 모든 절차를 거치지 않았습니다. (MPP 49-030)
- 귀하의 SSI 혜택이 인가되었으나, CAPI 하에 SSI 혜택과 보조금을 모두 제공받을 수 없습니다. (MPP 49-030)
- 해당 카운티에 협조하지 않았습니다(주석 참조). (MPP 49-060.1)
- 귀하는 공공기관에 소속된 거주자입니다. (MPP 49-010.21)
- 귀하는 캘리포니아주 거주자가 아닙니다. (MPP 49-010.14)
- 귀하는 더 이상 시력 장애나 기타 장애를 갖고 있지 않습니다. (MPP 49-060.33)
- 귀하는 더 이상 시력 장애나 기타 장애를 갖고 있지 않습니다. (MPP 49-025)
- 귀하가 CAPI 지급 중단을 요청했습니다. (MPP 49-060.35)
- 귀하는 전체 일수 동안 미국 지역을 벗어났습니다. (MPP 49-010.24)
- 기타 \_\_\_\_\_

**주석:**

**신고 의무**

귀하의 CAPI 보조금은 복지부에서 수령한 모든 정보를 토대로 산정됩니다. 따라서 귀하는 본인 또는 함께 거주하는 배우자, 동거인, 자녀를 비롯하여 함께 거주하지 않는 배우자의 소득, 자산 또는 사회 복지 계획이 변경될 때마다 해당 카운티에 신고해야 합니다.

이러한 변경 사항이 발생한 후 **10일 이내**에 반드시 신고 절차를 밟아야 합니다. 변경 사항에 따라 기존의 CAPI 보조금이 증가하거나 삭감될 수 있습니다. 또한 초과 금액을 수령한 경우에는 해당 금액을 반환해야 할 수도 있습니다.

**규정:** 이러한 규정이 적용되며, 해당 정보는 귀하의 사회복지 사무소를 통해 확인할 수 있습니다: MPP 49-001 ~ 49-070

## 당신의 청문회 권리

만약 카운티의 조치에 동의하지 않으면 당신은 청문회를 요청할 권리가 있습니다. 청문회 요청은 90일 이내에 해야 합니다. 이 90일은 카운티가 이 통보를 주거나 발송한 날부터입니다.

만약 당신이 현금보조, 의료보조, 식량보조 또는 아동부양에 대한 조치가 취해지기 전에 청문회를 요청하면:

- 당신의 현금보조나 의료보조는 청문회를 기다리는 동안 유지될 것입니다.
- 당신의 아동부양 보조는 청문회를 기다리는 동안 유지될 것입니다.
- 당신의 식량보조는 청문회나 배급권 기한 만료중 먼저 오는 날 까지 유지될 것입니다.

만약 청문회의 결정이 우리가 옳았으면 당신은 초과 지급된 현금보조, 식량보조나 아동부양 보조등을 갚아야 됩니다.

당신의 혜택을 청문회 전에 내려 주기를 원하면 아래 칸에 표시하십시오: 예, 삭감 또는 정지:  현금보조  식량보조  아동부양 보조

당신이 아래 사항들에 대한 청문회 결정을 기다리는 동안: 복지에서 근로로(Welfare to Work):

당신은 활동에 참여하지 않아도 됩니다. 당신은 이 통보 이전에 카운티에서 승인한 활동이나 고용을 위해 아동부양 보조를 받을 수 있습니다. 만약 우리가 당신의 보조가 정지된다 했으면 당신이 활동에 참여한다 해도 아무런 보조도 더 이상 받지 못할 것입니다. 만약 우리가 당신의 보조가 지급된다 했으면 이 통보에 적힌 액수와 방법대로 지불 될 것입니다.

- 그런 보조를 받기 위해서는 카운티에서 지정한 활동에 참여해야 합니다.
- 만약 청문회의 결과를 기다리는 동안 카운티에서 지불하는 보조액이 활동에 참가하기에 너무 부족하면 그 활동에 참가하는 것을 중단할 수 있습니다.

### 교육보조(Cal-Learn)

- 우리가 당신을 수용할 수 없다고 했으면 당신은 교육보조 프로그램에 참여할 수 없습니다.
- 우리는 인가된 활동에 대해서만 교육보조비를 지불합니다.

## 기타 정보

의료보조 관리계획 회원 (Medi-Cal Managed Care Plan Members): 이 통보의 조치는 당신의 관리 건강계획으로부터 보조를 중단시킬 것입니다. 질문이 있으면 건강 관리 계획부에 문의하십시오.

아동부양 그리고/또는 의료보조: 지역 아동부양 요원이 당신이 현금보조를 받지 않는다 해도 무료로 보조금을 받아줄 것입니다. 만약 그 들이 보조금을 받아주고 있으면 당신이 서면으로 정지시키지 않는 한 계속할 것입니다. 그 들이 현재 보조금은 받아 주지만 카운티가 밀린 지난 보조금은 그 들이 갖게 될 것입니다.

가족 계획: 당신이 원하면 복지 사무소에서 정보를 드릴 것입니다.

청문회 접수: 당신이 청문회 신청을 하면 주 청문국은 서류를 작성할 것입니다. 당신은 청문회 전에 이 서류를 볼 권리가 있으며 당신의 케이스에 대한 카운티의 입장을 청문회 최소한 이틀 전에 서면으로 받아볼 수 있습니다. 주 정부는 당신의 청문회 서류를 복지과, 보건과, 인문 봉사부 그리고 농무성에 줄 수도 있습니다. (W&I Code Sections 10850 and 10950.)

## 청문회를 요청하기 위해서는:

- 이 페이지를 기재하십시오.
- 당신의 기록을 위해 이 페이지의 전 후면을 복사해 놓으십시오. 담당자에게 말하면 이 면의 앞 페이지를 복사해 줄 것입니다.
- 아래 주소로 가져가거나 보내십시오:

또는

- 무료전화: 1-800-952-5253 을 사용하거나 청각 또는 언어 장애자는 TDD 1-800-952-8349 를 이용하십시오.

도움 청하기: 당신은 위의 전화 번호로 청문회에 관한 당신의 권리나 법적 도움을 알선을 부탁할 수 있습니다. 당신은 지역 법률 상담소나 복지사무소로부터 무료 도움을 받을 수 있습니다.

만약 당신이 청문회에 혼자 가고 싶지 않으면 당신의 친구나 다른 사람을 데려갈 수 있습니다.

## 청문회 신청서

나는 \_\_\_\_\_ 카운티의 복지과에서 취한 하기의 사항에 대한 조치로 인하여 청문회를 신청합니다.

- 현금보조  식량보조  의료보조  
 기타 (서술하십시오) \_\_\_\_\_

이유 설명: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

공간이 더 필요하면 여기에 표시하고 다른 페이지를 첨부하십시오.

나는 주 정부에 무료 통역관 제공을 의뢰합니다.  
(친지나 친구는 청문회에서 당신의 통역관이 될 수 없습니다)  
나의 언어 또는 방언: \_\_\_\_\_

혜택이 거절, 변경 또는 정지된 사람의 성명

생년 월일 \_\_\_\_\_ 전화 번호 \_\_\_\_\_

주소 \_\_\_\_\_

시 \_\_\_\_\_ 주 \_\_\_\_\_ 우편 번호 \_\_\_\_\_

서명 \_\_\_\_\_ 일자 \_\_\_\_\_

서류 작성자 성명 \_\_\_\_\_ 전화 번호 \_\_\_\_\_

나는 하기한 사람이 이 청문회에서 나를 대표하기 원 합니다. 나는 이 사람이 나의 기록을 보거나 내 대신 청문회에 갈 것을 허락합니다. (이 사람은 친구나 친척일 수 있지만 통역을 할 수는 없습니다.)

이름 \_\_\_\_\_ 전화 번호 \_\_\_\_\_

주소 \_\_\_\_\_

시 \_\_\_\_\_ 주 \_\_\_\_\_ 우편 번호 \_\_\_\_\_