

조치 통지서

카운티:

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

통지 일자: _____
사례 이름 : _____
번호 : _____
직원 이름 : _____
번호 : _____
전화 : _____
주소 : _____

(ADDRESSEE)

궁금한 점이 있으십니까? 담당 직원에게 문의하십시오.

주정부 심의회: 본 조치가 잘못되었다고 생각하는 경우, 심의회를 요청할 수 있습니다. 본 조치가 취해지기 전에 심의회를 요청하면 귀하의 혜택이 변경되지 않을 수도 있습니다. 귀하 및 당 카운티가 서로 동의하지 않을 경우 또는 담당 직원이 연락하지 않았을 경우, 기다리지 말고 심의회 요청하십시오. 심의회는 기한 내에 신청해야만 합니다. 상세 정보 및 심의회 신청 방법은 본 통지서 뒷면을 참조하십시오.

다음 페이지에 기재된 바와 같이, _____ 부로 귀하의 가족이 받는 현금 보조금이 \$ _____에서 \$ _____로 변경됩니다.

저희가 귀 가족의 현금 보조 액수를 하향 조정한 이유는, 귀하가 서명한 준수 계획서 상에서 동의한 일을 정당한 이유 없이 이행하지 않았기 때문입니다. 귀하는 다음과 같은 일을 하기로 약속했습니다.

현금 보조금이 중단되는 동안에는 교통비나 업무 또는 교육 관련 비용을 지불하지 않습니다. 귀하가 직장이나 학교에 다니는 경우, 보육비를 지급할 수는 있습니다.

다시 현금 보조금을 받으려면

귀 가정의 현금 보조 액수가 하향 조정된 이유는 저희가 요청한 일을 귀하가 이행하지 않아 지원 부서의 보조금 지급자 명단에서 삭제되었기 때문입니다. 귀 가정의 현금 보조금이 하향 조정된 경우, 카운티 사무국에 연락해서 다시 현금 보조금을 받고 싶다고 말한 뒤 카운티가 요청하는 일을 이행해서 수혜 자격을 갖추면 다시 현금 보조금을 받을 수 있습니다.

카운티 사무국에 연락해 현금 보조를 다시 받으려면 _____ 번으로 전화하십시오.

무료 법률 상담이 필요하십니까? 아래의 기관을 이용하면 무료로 이 문제에 대한 도움을 받을 수 있습니다.

지역법률구조사무소: (_____) _____

주복지권기관: (_____) _____

CalFresh: 근로 연계 복지(Welfare-to-Work)요건을 충족하지 못하면 CalFresh 페널티가 발생해서 CalFresh 혜택을 받지 못할 수도 있습니다. CalFresh 페널티가 발생할 경우, 귀하의 CalFresh 혜택이 얼마나 오랫동안 중단되는지 알려주는 통지서를 받게됩니다.

Medi-Cal: 본 통지서는 Medi-Cal 혜택을 변경 또는 중단시키는 통지서가 아닙니다. **플라스틱으로 된 귀하의 혜택 식별 카드를 계속 사용하십시오.**

규정: 본 규정은 CalWORKs MPP § 42-712(면제); 42-713(합당한 이유);42-721(불이행 및 합당한 이유)을 적용합니다. CalFresh MPP § 63-407.521. 복지 사무소에서 내용을 확인하실 수 있습니다.

심리를 신청할 권리

귀하가 카운티의 조치에 동의하지 않는 경우에는 심리를 신청할 권리가 있습니다. 귀하는 90일 이내에 심리를 신청해야 합니다. 이 90일의 기간은 해당 카운티가 이 통지서를 전달 또는 우송한 날로부터 시작됩니다. 귀하가 심리를 90일 이내에 신청할 수 없었던 정당한 사유가 있는 경우에는 이 기간이 지난 후에도 심리를 신청할 수 있습니다. 정당한 사유를 제시하면 계속 심리 일정을 정할 수 있습니다.

Cash Aid(현금 보조), Medi-Cal(메디칼), CalFresh 또는 Child Care(보육)에 대한 조치를 취하기 전에 심리를 신청하는 경우:

- Cash Aid 또는 Medi-Cal은 귀하가 심리를 기다리는 동안 동일하게 유지됩니다.
- Child Care 서비스는 귀하가 심리를 기다리는 동안 동일하게 유지될 가능성이 있습니다.
- CalFresh 혜택은 귀하가 심리일 또는 증명 기간 종료일 중에서 더 이른 날짜까지 동일하게 유지됩니다.

심리에서 저희가 옳다는 판정을 받는 경우, 귀하는 추가로 받은 **Cash Aid, CalFresh 또는 Child Care Services**를 저희에게 반환해야 합니다. 심리를 시작하기 전에 귀하의 혜택을 축소 또는 중단하려면 아래에 표시하십시오.

축소 또는 중단 혜택: Cash Aid CalFresh
 Child Care

다음의 혜택에 대한 심리의 판정을 기다리는 동안:

Welfare to Work(근로 연계 복지):

귀하는 근로 활동에 참여할 필요가 없습니다.

귀하는 이 통지서를 받기 전에 카운티가 승인한 취업 및 근로 활동을 위한 보육 지급금을 받을 수 있습니다.

저희가 귀하에게 다른 지원 서비스에 대한 지급금이 중단될 것이라고 알려준 경우, 귀하는 근로 활동에 참여하더라도 더 이상 지급금을 받을 수 없습니다.

저희가 다른 지원 서비스 비용을 지급할 것이라고 귀하에게 알려준 경우, 그 서비스는 저희가 이 통지서에서 귀하에게 알려준 방법으로 해당 금액을 지급 받을 것입니다.

- 서비스를 받기 위해서는 카운티가 귀하에게 참석하라고 알려준 근로 활동에 가야 합니다.
- 귀하가 심리에 대한 판정을 기다리는 동안 카운티가 지불하는 지원 서비스 금액이 귀하가 근로 활동에 참여하기에 충분하지 않은 경우, 귀하는 근로 활동에 가는 것을 중단할 수 있습니다.

Cal-Learn:

- 저희가 귀하에게 서비스를 제공할 수 없다고 알려준 경우, 귀하는 Cal-Learn 프로그램에 참여할 수 없습니다.
- 저희는 승인된 학습 활동에 대한 Cal-Learn 지원 서비스 비용만을 지급할 것입니다.

기타 정보

Medi-Cal 관리진료 플랜 가입자: 이 통지서에 기재된 조치는 귀하가 관리진료 건강플랜으로부터 서비스를 받는 것을 중단시킬 수도 있습니다. 질문이 있으면 귀하의 건강플랜 가입자 서비스에 연락할 것을 권합니다.

아동 지원 및/또는 의료 지원: 지역 아동 지원 기관은 귀하가 현금 보조를 받고 있지 않더라도 양육비를 징수하는 것을 무료로 지원할 것입니다. 아동 지원 기관이 현재 귀하를 대신해서 양육비를 징수하고 있는 경우, 이 기관은 귀하가 서면으로 중단하라고 할 때까지 계속 양육비를 징수할 것입니다. 이 기관은 징수한 현재의 양육비를 귀하에게 보낼 것이나, 카운티에 지불해야 하는 연체된 양육비를 징수하는 경우에는 이 기관이 보유합니다.

가족계획: 귀하의 복지사무소는 귀하가 요청하는 경우 이에 대한 정보를 보낼 것입니다.

심리 파일: 귀하가 심리를 신청하는 경우, 주 심리국은 파일을 작성할 것입니다. 귀하는 심리를 열기 전에 이 파일을 보고, 또한 심리를 열기 최소한 2일 전에 귀하의 케이스에 대한 카운티의 입장 진술서 사본을 받을 권리가 있습니다. 주정부는 귀하의 심리 파일을 복지국과 연방 보건복지 및 농무부에 제공할 수도 있습니다. (**복지 및 기관법 제10850 및 10950조.**)

심리 신청 방법:

- 이 페이지를 작성하십시오.
- 기록을 남기기 위해 이 페이지의 앞면과 뒷면을 복사하여 보관하십시오. 귀하가 요청하는 경우, 케이스 워커가 이 페이지의 사본을 제공할 것입니다.
- 이 페이지를 다음의 주소로 발송하거나 직접 제출하십시오:

또는

- 무료 전화 **1-800-952-5253** 또는 **1-800-952-8349**(TDD를 사용하는 청각 또는 언어 장애인용)로 전화하십시오.

도움이 필요한 경우: 귀하에 위에 기재된 무료 주 전화번호를 사용하여 심리권에 대해 질문하거나 법률 지원 소개를 요청할 수 있습니다. 귀하는 지역 법률 지원 사무소 또는 복지권 사무소에서 무료로 법률 지원을 받을 수도 있습니다.

귀하가 심리에 혼자 출석하기를 원치 않는 경우에는 친구 또는 다른 사람과 동행할 수 있습니다.

심리 신청서

본인은 다음의 혜택에 대한 _____ 카운티 복지국의 조치와 관련하여 심리를 받기를 원합니다.

Cash Aid (현금 보조) CalFresh

Medi-Cal (메디칼)

기타(이곳에 기재) _____

심리 신청 사유: _____

공란이 더 필요하시면 이곳에 표시하고 페이지를 추가하십시오.

본인은 주가 무료로 통역사를 제공해 주기를 원합니다. (친척 또는 친구는 심리에서 귀하를 위해 통역할 수 없습니다.)

본인이 사용하는 언어 또는 방언: _____

혜택이 거부, 변경 또는 중단된 사람의 이름

생년월일	전화번호
------	------

주소

시 _____ 주 _____ 우편번호 _____

서명 _____ 날짜 _____

이 양식을 작성한 사람의 이름 _____ 전화번호 _____

본인은 아래에 기명된 사람이 이 심리에서 본인을 대리하기를 원합니다. 본인은 이 사람이 본인의 기록을 보거나 본인을 대신해서 심리에 출석하는 것을 허락합니다. (이 사람은 친구 또는 친척일 수 있으나, 귀하를 위해 통역할 수는 없습니다.)

이름 _____ 전화번호 _____

주소

시 _____ 주 _____ 우편번호 _____