

# 근로 유인 영양 보충(WINS) 승인/거부/종료에 관한 CalFresh 통지문

카운티

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

통지 일자: \_\_\_\_\_  
케이스명: \_\_\_\_\_  
케이스 번호: \_\_\_\_\_  
복지사명: \_\_\_\_\_  
번호/ID: \_\_\_\_\_  
전화번호: \_\_\_\_\_  
24시간 안내: \_\_\_\_\_  
주소: \_\_\_\_\_

(ADDRESSEE)

┌

└

궁금한 점은 담당 복지사 또는 위 전화번호로 문의하십시오.

**주정부 공청회: 해당 공지 내용이 부당하다고 생각하는 경우 공청회를 요청할 수 있습니다. 공청회 요청 방법은 뒷면에 나와 있습니다. 이 공지 내용이 이행되기 전에 공청회를 요청하더라도 복지 혜택은 변경되지 않습니다.**

## 승인

\_\_\_\_\_ 일/월/년도 \_\_\_\_\_ 일을 기준으로 WINS 식품 보조금 십 달러(\$10)를 매달 수령하게 됩니다. 보조금 지급 근거는 다음과 같습니다.

- CalFresh 수령 가구이지만 캘리포니아 노동기회와 아동에 대한 책임(CalWORKs) 또는 저소득 원주민 가정 임시 생활보조금(TANF)을 수령하고 있지 않습니다.
- 가정에 18세 미만의 자녀가 있습니다.
- 1명 이상의 CalFresh 수령 부모(보호자)가 TANF의 “근로 적합자(work-eligible individual)” 정의를 충족하고 연방 TANF 요건을 만족하는 적합한 근로활동을 통해 위에 명시된 근로시간 동안 근무합니다.

## 참고: 재인증

CalFresh 수령 자격 재인증 시 통지서를 수령하게 되며 이때 계속적인 WINS 혜택 수령 자격 결정도 같이 진행됩니다.

CalWORKs를 신청하고 승인받은 경우 WINS 혜택은 종료됩니다.

## 거부

WINS 혜택 수령 자격에 해당하지 않습니다. 하지만, CalFresh 수당에는 영향을 미치지 않습니다.

## 거부 사유:

- 자녀의 나이가 18세 이상입니다.
- 자녀가 더 이상 함께 거주하지 않습니다.
- 자녀에 대한 법적 보호권이 없습니다.
- 근로시간이 WINS 자격 요건의 최소 시간에 미달합니다.
- CalFresh 신청이 거부되었습니다.
- 기타 \_\_\_\_\_

## 종료

\_\_\_\_\_ 일/월/년도 \_\_\_\_\_ 일을 기준으로 WINS 혜택이 종료됩니다.

## 종료 사유:

- 자격을 만족하는 자녀에 대한 법적 보호권이 말소되었습니다.
- 캘리포니아 주에서 이주했습니다.
- CalWORKs 신청이 승인되었습니다.
- CalFresh 수당 수령이 종료되었습니다.
- 자격을 만족하는 자녀가 귀하와 함께 거주하지 않습니다.
- 자격을 만족하는 자녀가 18세가 되었습니다.
- 근로시간이 WINS 자격 요건의 최소 시간에 미달합니다.
- 기타(아래 참고):

**규정:** ACL 13-71, ACIN I-14-14, 복지기관법(Welfare & Institutions Code) 15525이 적용됩니다.

담당 복지 사무소에서 해당 규정을 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 제공합니다.
- 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
---	---	------