

TY XÃ HỘI HẠT

THÔNG BÁO VỀ BIỆN PHÁP
ÁP DỤNG – SỰ CHẤP THUẬN
CƠ BẢN

Ngày Thông Báo : _____
Họ Sơ Tên : _____
Số Nhân Viên : _____
Tên : _____
Số : _____
Điện Thoại Số : _____
Địa Chỉ : _____

(ADDRESSEE)



Nếu có thắc mắc, xin hỏi nhân viên phụ trách hồ sơ của quý vị.

Buổi Thụ Lý Hành Chánh: Nếu quý vị nghĩ rằng biện pháp này là không đúng, quý vị có thể xin một buổi thụ lý. Mặt sau của thông báo này có chỉ dẫn cách thức. Trợ cấp của quý vị có thể sẽ không bị thay đổi nếu quý vị xin buổi thụ lý trước ngày biện pháp này được thi hành.

Ty Xã Hội đã chấp thuận cấp khoản trợ cấp tiền mặt Kin-GAP (cấp khoản trợ giúp cho người giám hộ là thân tộc của đứa trẻ) và Medi-Cal (trợ cấp y tế của California) cho _____. Cấp khoản trợ cấp tiền mặt Kin-GAP cấp trả cho tháng đầu tiên của quý vị là \$_____.

Ngày đầu tiên được hưởng cấp khoản trợ cấp tiền mặt Kin-GAP của quý vị là _____. Ngày đầu tiên được hưởng Medi-Cal của quý vị là ngày thứ nhất của tháng quý vị xin trợ cấp hoặc là ngày thứ nhất của tháng quý vị đáp ứng được tất cả các điều quy định về sự hội đủ điều kiện.

Cấp khoản trợ cấp tiền mặt Kin-GAP cho tháng đầu tiên của quý vị là để cấp trả cho một phần của một tháng. Số tiền này là để cấp trả cho thời gian từ ngày đầu tiên quý vị được hưởng trợ cấp tiền mặt Kin-GAP, được nêu rõ ở trên, cho tới hết tháng. Nếu không có điều gì thay đổi, cấp khoản Kin-GAP cho tháng tới sẽ là cấp khoản cho trọn tháng.

Số tiền của cấp khoản Kin-GAP tiếp tục cấp cho quý vị được chiết tính ở cột kế bên.

Các thẻ Medi-Cal: Trong một thời gian ngắn, quý vị sẽ nhận được thẻ Benefits Identification Card (thẻ xác nhận quyền hưởng trợ cấp) qua bưu điện cho mỗi người hội đủ điều kiện. Hãy mang (các) thẻ này đến người hay nơi cung cấp dịch vụ y tế khi cần sự săn sóc về y khoa. **NHỚ ĐỪNG VỨT BỎ CÁC THẺ NÀY ĐI.** Các thẻ này sẽ còn sử dụng được mỗi khi quý vị bị được hưởng trợ cấp Medi-Cal.

INSTRUCTIONS: Use to approve Kin-GAP and Medi-Cal.