

# THÔNG BÁO VỀ BIỆN PHÁP ÁP DỤNG

TY XÃ HỘI HẠT

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

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 cấp tiểu bang:** 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.

## CÁC DỊCH VỤ HỖ TRỢ

### GỬI GIỮ TRỄ

- Các phí tổn truy cấp về gửi giữ trễ của quý vị từ \_\_\_\_\_ đến \_\_\_\_\_ hiện đã bị bác bởi vì:
- Các phí tổn về gửi giữ trễ của quý vị đã được cấp trả đủ
- Khoản khác \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

### DI CHUYỂN ĐI LẠI

Cho khoảng thời gian từ \_\_\_\_\_ đến \_\_\_\_\_ cấp khoản di chuyển đi lại trong chương trình welfare-to-work (chương trình giúp người nhận trợ cấp tiến tới tình trạng có việc làm) mà quý vị đã hỏi xin:

- Bị bác
- Được chấp thuận ít hơn so với số quý vị đã hỏi xin (quý vị sẽ nhận một thông báo khác báo cho quý vị biết cách Ty Xã Hội Hạt chiết tính số tiền này)

Sau đây là lý do:

- Quý vị đang nhận lãnh phí tổn di chuyển ở mức cao nhất mà Ty Xã Hội Hạt có thể cấp trả bởi vì:
- giá biểu tối đa trả theo số dặm đường là: \$ \_\_\_\_\_ mỗi \_\_\_\_\_.
- Có sẵn phương tiện di chuyển công cộng.
- Có sẵn phương tiện di chuyển do Ty Xã Hội Hạt cung cấp.
- Quý vị đã không ở trong một sinh hoạt được chấp thuận của chương trình welfare-to-work.
- Quý vị đã chỉ cần đi ít hơn một dặm cho mỗi lượt đi và về để quý vị tham dự vào sinh hoạt được chấp thuận của chương trình welfare-to-work.
- Phương tiện di chuyển mà quý vị hỏi xin đã không cần để dự vào sinh hoạt được chấp thuận của chương trình welfare-to-work bởi vì:
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- Điều khác \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

### DI CHUYỂN ĐI LẠI TIẾP THEO:

#### PHỤ TRỢ

- Các khoản sau đây mà quý vị hỏi xin cấp khoản đã không được chấp thuận:

| Khoản | Số tiền  |
|-------|----------|
| _____ | \$ _____ |
| _____ | \$ _____ |
| _____ | \$ _____ |

Sau đây là lý do:

- Số tiền trả cho khoản này đã không cần thiết bởi vì:
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

- Quý vị đã không cần \_\_\_\_\_ cho sinh hoạt của quý vị trong chương trình welfare-to-work bởi vì:
- Quý vị đã không ở trong một sinh hoạt được chấp thuận của chương trình welfare-to-work
- Điều khác: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Nếu quý vị có bất kỳ điều gì thắc mắc về việc này, xin gọi điện thoại cho nhân viên phụ trách hồ sơ của quý vị: \_\_\_\_\_ ở số ( ) \_\_\_\_\_.

**Medi-Cal:** Thông báo này KHÔNG làm thay đổi hay ngưng trợ cấp Medi-Cal (trợ cấp y tế của California). **Xin giữ (các) thẻ nhựa xác nhận quyền hưởng trợ cấp (Benefits Identification Card) của quý vị.**

**Các điều luật:** Quý vị có thể tham khảo các điều luật áp dụng sau đây tại văn phòng Ty Xã Hội: MPP 42-750