

**ประกาศแจ้งการดำเนินการ
ปฏิเสธสิทธิในการได้รับ
ความช่วยเหลือด้านการเงิน**

เคาน์ตี _____

วันที่ที่ระบุในประกาศ : _____
ชื่อกรณี : _____
หมายเลขกรณี : _____
ชื่อเจ้าหน้าที่ : _____
หมายเลขประจำตัวเจ้าหน้าที่ : _____
หมายเลขโทรศัพท์ : _____
ที่อยู่ : _____

(ADDRESSEE)

[] []
[] []

หากท่านมีคำถาม กรุณาสอบถามเจ้าหน้าที่ช่วยเหลือของท่าน

การไต่สวนจากรัฐ: หากท่านคิดว่าการดำเนินการนี้ไม่ชอบธรรมท่านมีสิทธิในการร้องขอให้มีการไต่สวนจากรัฐ โปรดดูคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการร้องขอในหน้า 3 อาจจะไม่มีการเปลี่ยนแปลงสิทธิประโยชน์ของท่านหากท่านร้องขอให้มีการไต่สวนจากรัฐก่อนวันเริ่มดำเนินการตามประกาศนี้

เมดิ-แคล: ประกาศนี้ไม่เป็นการเปลี่ยนแปลงหรือสิ้นสุดสิทธิประโยชน์ในเมดิ-แคล หากมีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ในเมดิ-แคลของท่าน ท่านจะได้รับประกาศอีกหนึ่งฉบับแยกต่างหาก
กรุณาเก็บรักษาบัตรสิทธิประโยชน์ประจำตัวพลาสติกของท่านไว้.
กฎระเบียบต่างๆ: มีการบังคับใช้กฎระเบียบเหล่านี้ในการดำเนินการ ท่านสามารถตรวจสอบกฎระเบียบเหล่านี้ได้ที่สำนักงานสวัสดิการของท่าน

รายได้พึงประเมินสุทธิ

1. รายได้จาก การประกอบอาชีพส่วนตัวรวมทั้งสิ้น
\$ _____
2. รายจ่ายจากการประกอบอาชีพส่วนตัว:
ก. 40% ของจำนวนมาตรฐาน - _____
หรือ
ข. จำนวนจริง - _____
3. รายได้สุทธิจากการประกอบอาชีพส่วนตัว
= _____
4. รายได้พิเศษขั้นพื้นฐานสำหรับคนพิการรวมทั้งสิ้น
(DBI)(สมาชิกที่มีสิทธิได้รับความช่วยเหลือ +
สมาชิกที่ไม่มีสิทธิได้รับความช่วยเหลือ)
\$ _____
5. เงิน DBI จำนวน 550 ดอลลาร์ที่ยังไม่ได้นำมา
คำนวณ (หากข้อ 4 มากกว่า 550 ดอลลาร์)
- _____
6. รายได้พิเศษขั้นพื้นฐานสำหรับ
คนพิการที่ไม่ได้รับการยกเว้น = _____
หรือ
7. เงิน DBI จำนวน 550 ดอลลาร์ที่ ยังไม่ได้นำมา
คำนวณ = _____
8. รวมรายได้ที่ได้รับทั้งสิ้น \$ _____
9. รายได้สุทธิจากการประกอบอาชีพส่วนตัว
(จากข้างต้น) + _____
- 10. ยอดรวม = _____**
11. จำนวนเงิน 550 ดอลลาร์ที่ไม่ได้นำมา
คำนวณ(จากข้อ 7) - _____
- 12. ยอดรวม = _____**
13. 50% ของรายได้ที่ได้รับที่ไม่ได้นำมาคำนวณ
- _____
- 14. ยอดรวม = _____**
15. รายได้พิเศษขั้นพื้นฐานสำหรับคนพิการ
ที่ไม่ได้รับการยกเว้น (จากข้อ 6) + _____
16. รายได้อื่นที่ไม่ได้รับการยกเว้น (สมาชิกที่มีสิทธิได้
รับความช่วยเหลือ + สมาชิกที่ไม่มีสิทธิได้รับความ
ช่วยเหลือ) + _____
17. เงินค่าเลี้ยงดูบุตรที่เคาน์ตีเรียกเก็บ + _____
- 18. รายได้พึงประเมิน
สุทธิ = _____**

19. จำนวนเงินช่วยเหลือสูงสุดสำหรับ

_____ คน(สมาชิกที่มีสิทธิได้รับความช่วยเหลือ +
สมาชิกที่ไม่มีสิทธิได้รับความช่วยเหลือ)
\$ _____

บุคคลที่ต้องการความช่วยเหลือพิเศษ (สมาชิกที่มี
สิทธิได้รับความช่วยเหลือ + สมาชิกที่มีสิทธิได้รับ
ความช่วยเหลือ) + _____

20. จำนวนเงินช่วยเหลือสูงสุด = _____

สิทธิในการไต่สวนพิจารณาของท่าน

คุณมีสิทธิที่จะขอให้มีการไต่สวนพิจารณา หากคุณไม่เห็นด้วยกับการดำเนินการของเคาน์ตี คุณมีเวลาเพียง 90 วันในการขอให้มีการไต่สวนพิจารณา ระยะเวลา 90 วัน เริ่มต้นนับจากวันที่เคาน์ตีให้หรือส่งจดหมายแจ้งเตือนนี้ให้คุณทางไปรษณีย์ หากคุณมีเหตุผลที่ดีว่าทำไมคุณจึงไม่สามารถยื่นคำร้องขอให้มีการไต่สวนพิจารณาภายใน 90 วัน คุณก็ยังสามารถยื่นคำร้องได้ หากคุณให้เหตุผลที่ดี ก็อาจมีกำหนดนัดไต่สวนพิจารณาคดีได้.

หากคุณขอให้มีการไต่สวนพิจารณาก่อนการกระทำใด ๆ ต่อ Cash Aid, Medi-Cal, CalFresh, หรือ Child Care จะเกิดขึ้น:

- เงินสดช่วยเหลือหรือ Medi-Cal ของคุณจะยังคงเหมือนเดิม ในขณะที่รอการไต่สวนพิจารณา
- บริการดูแลบุตรของคุณอาจจะยังคงอยู่เหมือนเดิม ในขณะที่คุณรอการไต่สวนพิจารณาคดี
- สวัสดิการ CalFresh ของคุณจะยังคงเหมือนเดิม จนกว่าจะมีการไต่สวนพิจารณาหรือเมื่อระยะเวลาการรับรองของคุณสิ้นสุดลง อย่างไรก็ตามที่มาถึงก่อน

หากคำตัดสินออกมาว่าเราถูกต้อง คุณจะติดหนี้ค่า Cash Aid, CalFresh หรือ บริการดูแลบุตรที่คุณได้รับเพื่อให้เราลดหรือหยุดสวัสดิการของคุณก่อนการไต่สวนพิจารณาคดี ให้ทำเครื่องหมายด้านล่าง:

ใช่, ลดลงหรือหยุด: Cash Aid CalFresh
 บริการดูแลบุตร

ในขณะที่คุณรอคำตัดสินจากการไต่สวนพิจารณาคดี:
สวัสดิการในการทำงาน:

คุณไม่จำเป็นต้องมีส่วนร่วมในกิจกรรมเหล่านั้น

คุณอาจยังได้รับเงินค่าเลี้ยงดูบุตรสำหรับการจ้างงาน และกิจกรรมที่ได้รับอนุมัติจากเคาน์ตีก่อนที่จะได้รับจดหมายฉบับนี้.

หากเราบอกคุณว่าการจ่ายเงินบริการสนับสนุนอื่น ๆ ของคุณจะหยุดลง คุณจะไม่ได้รับการชำระเงินใด ๆ อีกต่อไป แม้ว่า คุณจะไปร่วมกิจกรรมของคุณก็ตาม.

หากเราบอกคุณว่า เราจะจ่ายเงินบริการสนับสนุนอื่น ๆ การจ่ายเงินเหล่านั้นจะจ่ายในจำนวนและในวิธีที่เราได้บอกคุณในจดหมายฉบับนี้.

- ในการรับบริการสนับสนุนเหล่านั้น คุณต้องไปร่วมกิจกรรมที่เคาน์ตีแจ้งให้คุณไปเข้าร่วม

- หากจำนวนบริการสนับสนุนที่เคาน์ตีจ่ายให้คุณ ในขณะที่คุณรอคำตัดสินไม่เพียงพอให้คุณเข้าร่วม คุณก็สามารถหยุดไม่ไปร่วมกิจกรรมก็ได้.

Cal-Learn:

- คุณไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรม Cal-Learn ถ้าเราบอกคุณว่าเราไม่สามารถให้บริการคุณได้
- เราจะจ่ายเฉพาะบริการสนับสนุน Cal-Learn เท่านั้นสำหรับกิจกรรมที่ได้รับอนุมัติแล้ว

ข้อมูลอื่น ๆ

สมาชิกแผนการดูแลที่มีการจัดการของ Medi-Cal: การดำเนินการตามจดหมายฉบับนี้อาจทำให้บริการจากแผนการดูแลที่มีการจัดการของคุณหยุดลง ถ้าคุณมีคำถาม คุณสามารถติดต่อศูนย์บริการสมาชิกแผนสุขภาพของคุณได้

การช่วยเหลือทางด้านการเลี้ยงดูเด็ก และ/หรือ ด้านการแพทย์: หน่วยงานด้านการช่วยเหลือทางด้านการเลี้ยงดูเด็กในท้องถิ่นจะช่วยรวบรวมความช่วยเหลือโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ แม้ว่า คุณจะไม่ได้อยู่ในโครงการให้เงินสดช่วยเหลือก็ตาม หากพวกหน่วยงานเก็บเงินค่าสนับสนุนให้คุณ พวกเขาจะเก็บต่อไปจนกว่าคุณจะแจ้งพวกเขาเป็นลายลักษณ์อักษรให้หยุด พวกเขาจะส่งเงินสนับสนุนจำนวนปัจจุบันให้คุณ แต่จะเก็บเงินคงค้างชำระที่ค้างชำระอยู่กับเคาน์ตี

การวางแผนครอบครัว: สำนักงานสวัสดิการของคุณจะให้ข้อมูลเมื่อคุณขอรับข้อมูล

เพิ่มการไต่สวนพิจารณา: หากคุณขอให้มีการไต่สวนพิจารณา ฝ่ายการไต่สวนพิจารณาคดีของรัฐจะสร้างแฟ้มคดี คุณมีสิทธิตรวจดูแฟ้มคดีนี้ก่อนการไต่สวนพิจารณาคดีของคุณ และรับสำเนาเอกสารแสดงตำแหน่งของเคาน์ตีเป็นลายลักษณ์อักษรในคดีของคุณอย่างน้อยสองวันก่อนการไต่สวนพิจารณาคดี ทางรัฐอาจส่งเพิ่มการไต่สวนพิจารณาคดีของคุณไปยังแผนกสวัสดิการและกระทรวงสุขภาพและบริการมนุษย์และเกษตรกรรมของสหรัฐอเมริกา (**W&I Code Sections 10850 and 10950.**)

ในการขอให้มีการไต่สวนพิจารณา:

- ให้กรอกหน้านี้
- ถ่ายสำเนาด้านหน้าและด้านหลังของหน้านี้ไว้เป็นบันทึกของคุณ หากคุณขอ พนักงานดูแลเคสของคุณจะให้สำเนาหน้านี้แก่คุณ
- ส่งไปรษณีย์ หรือนำหน้านี้ไปส่งที่:

หรือ

- โทรฯ เบอร์โทรฟรี: 1-800-952-5253 หรือสำหรับผู้มีปัญหาในการได้ยินหรือการพูดซึ่งใช้ระบบ TDD 1-800-952-8349.

ในการขอความช่วยเหลือ: คุณสามารถสอบถามเกี่ยวกับสิทธิ์ในการไต่สวนพิจารณาของคุณหรือการขอให้ส่งต่อไปเพื่อรับความช่วยเหลือทางด้านกฎหมายได้ที่หมายเลขโทรศัพท์โทรฟรีของรัฐที่ระบุไว้ข้างต้น คุณสามารถขอความช่วยเหลือทางกฎหมายได้ฟรีที่สำนักงานให้ความช่วยเหลือทางด้านกฎหมายหรือหน่วยงานสิทธิการรับสวัสดิการ.

หากคุณไม่ต้องการไปปรากฏตัวในการไต่สวนพิจารณาคนเดียว คุณสามารถพาเพื่อนหรือใครสักคนไปกับคุณด้วยก็ได้

การขอให้มีการไต่สวนพิจารณา

ข้าพเจ้าต้องการให้มีการไต่สวนพิจารณา เนื่องจากการปฏิบัติงานของแผนกสวัสดิการ _____ ของ
เคาน์ตีเกี่ยวกับ: ของข้าพเจ้า (Cash Aid) ของข้าพเจ้า (CalFresh) ของข้าพเจ้า (Medi-Cal)
 อื่น ๆ (ระบุ) _____

นี่คือเหตุผล: _____

- หากคุณต้องการพื้นที่เพิ่มเติม ทำเครื่องหมายที่นี่และเพิ่มอีกหน้า
- ข้าพเจ้าต้องการให้รัฐจัดหาล่ามให้ข้าพเจ้าโดยข้าพเจ้าไม่เสียค่าใช้จ่าย (ญาติหรือเพื่อนไม่สามารถ เป็นล่ามให้คุณที่การไต่สวนพิจารณาได้)
ภาษาหรือภาษาท้องถิ่นของข้าพเจ้าคือ: _____

ชื่อบุคคลซึ่งสวัสดิการถูกปฏิเสธ, มีการเปลี่ยนแปลงหรือหยุดลง		วันเกิด	หมายเลขโทรศัพท์
ที่อยู่	เมือง	มลรัฐ	รหัสไปรษณีย์
ลายเซ็น			วันที่
ชื่อผู้กรอกแบบฟอร์มนี้			หมายเลขโทรศัพท์

- ข้าพเจ้าต้องการให้บุคคลที่มีชื่อด้านล่างเป็นตัวแทนของข้าพเจ้าในการไต่สวนพิจารณาคดีครั้งนี้
ข้าพเจ้าอนุญาตให้บุคคลนี้เห็นบันทึกของข้าพเจ้า หรือไปร่วมการไต่สวนพิจารณาแทนข้าพเจ้าได้
(บุคคลนี้สามารถเป็นเพื่อนหรือญาติก็ได้ แต่ไม่สามารถเป็นล่ามให้คุณได้)

ชื่อ		หมายเลขโทรศัพท์	
ที่อยู่	เมือง	มลรัฐ	รหัสไปรษณีย์