

採取行動通知

縣名

通知日期 : _____
 案件名稱 : _____
 案件編號 : _____
 社工姓名 : _____
 社工編號 : _____
 電話號碼 : _____
 地址 : _____

(ADDRESSEE)

┌ _____ ┐
 │ _____ │
 └ _____ ┘

┌ _____ ┐
 │ _____ │
 └ _____ ┘

有問題嗎？可以問你的工作員。

州聽證：假如您認為採取的行動是錯誤的，您可以請求聽證。第 3 頁會告訴您怎樣進行。假如您在採取行動以前請求聽證的話，您的福利可能不會改變。

Medi-Cal: 這份採取行動通知並不改變或停止加州醫藥補助 (Medi-Cal) 福利。請繼續使用您的塑料福利辨認卡。您的健康福利有任何改變，您會另外收到通知。

CalFresh: 這份採取行動通知並不改變或停止您的CalFresh福利。您的CalFresh福利有任何改變，您會另外收到通知。

只領取 Medi-Cal 和/或 CalFresh 不算在您的現金補助的時間限制內。

法規：這些條例適用;您可以在您的福利所查看：MPP Sections 44-100; 44-315; SB 80 (Chapter 27, Statutes of 2019).

每月的現金補助金額

A 欄. 可計算收入,

_____	月份	
1. 自僱收入		\$ _____
2. 自僱開支:		
a. 40% 標準規定		- _____
或		
b. 實際支出		- _____
3. 自僱所得的淨收入		= _____
4. 基於殘障的非賺得總收入 (DBI) (補助單位+非補助單位成員)		\$ _____
5. DBI \$550 扣除額 (如果#4 是高過 \$550)		- _____
6. 非豁免基於殘障的 非賺得收入		= _____
或		
7. 未使用DBI扣除額金額		= _____
8. 自僱所得的淨收入 (如上所示)		+ _____
9. 其它賺得總收入		+ _____
10. \$550 裏未使用的金額 (如#7所示)		- _____
11. 小計		= _____
12. 減免額賺得收入的50%		- _____
13. 小計		= _____
14. 非豁免基於殘障的非賺得收入 (如#6所示)		+ _____
15. 小計		= _____
16. 其它非豁免收入 (補助單位+非補助單位成員)		+ _____
可計算的淨總收入		= _____

B 欄. 您的現金補助,

_____	月份	
1. 給 _____ 人的最高補助額 (補助單位+非補助單位成員)		\$ _____
2. 特殊需要 (補助單位+非補助 單位成員)		+ _____
3. A欄可計算的淨總收入		- _____
4. 小計 (如果為負, 請輸入 0)		= _____
5. 給 _____ 人的最高補助額 (只是補助單位) (不包括受制裁人員)		\$ _____
6. 特殊需要(只是補助單位)		+ _____
7. 最高補助額小計		= _____
8. 整月補助小計 (第 4 行或第 7 行的最低金額)		= _____
9. 第 8 行部分月按比例分配		= _____
10. 調整:		
25%的子女撫養費罰款		- _____
其他罰款 -		_____
超額付款 -		_____
Cal-Learn 罰款		- _____
學校獎金 (\$100 或 \$500)		+ _____
11. 每月現金補助金額 (第8或9行已調整)		\$ _____

您的聽證會權利

如果您不同意任何縣府的行動，您有權要求舉行聽證會。您只有 90 天的時間要求舉行聽證會。90 天的時間從縣府將通知交給或者郵寄給您後開始。如果您有充分的理由不能在 90 天內要求舉行聽證會，可能仍可要求舉行聽證會。如果您提供了充分的理由，則仍可安排聽證會。

如果您在現金補助(Cash Aid)、加州醫療保險(Medi-Cal)、(CalFresh) 或托兒服務 (Child Care) 開始生效之前要求舉行聽證會：

- 您的現金補助或加州醫療保險在等待聽證會期間將保持不變。
- 您的托兒服務在等待聽證會期間可能保持不變。
- 您的 CalFresh 將保持不變，直至聽證會或認證期結束，以較早者為準。

如果聽證決定表明我們是正確的，那麼，您需要歸還從我們這裏得到的任何額外現金補助、加州補充營養援助計劃或托兒照顧服務。要讓我們在聽證會之前減少或停止您的福利，請勾選以下內容：

是，減少或停止： 現金補助 CalFresh
 托兒照顧

在您等待以下的聽證決定期間：

引至工作的福利計劃：

您不必參加這些活動。

您可以就本通知之前就業和縣府批准的活動領取托兒照顧費用。

如果我們告訴您，其他協助性服務付款將停止，即使您去參加活動，也不會得到更多的付款。

如果我們告訴過您，我們將支付您的其他協助服務，付款的金額和方式將如本通知所述。

- 要獲得這些協助性服務，您必須參加縣府告訴您需要參加的活動。
- 如果在您等待聽證會決定期間向您支付的協助性服務金額不足以讓您參加，您可以停止參加活動。

Cal-Learn:

- 如果我們告訴您我們不能為您服務，您將無法參加 Cal-Learn 計劃。
- 我們只能為已核准的活動支付 Cal-Learn 協助性服務。

其他資訊

加州醫療保險管理式護理計劃會員：本通知上的行動可能會阻止您從您的管理式護理健康計劃獲得服務。如果您有任何疑問，應聯絡您的健康計劃會員服務部。

子女和／或醫療撫養費：即使您不領取現金補助，當地的子女支撫養服務機構機構也將幫助收取撫養費，且不會收取任何費用。如果他們現在正在為您收取撫養費，他們將繼續這樣做，除非您以書面形式告訴他們停止。他們會將您目前的撫養費資金寄給您，但是會從收取的欠款中留下拖欠縣府的金額。

計劃家庭：您的福利辦公室會在您提出要求時向您提供資訊。

聽證會檔案：如果您要求舉行聽證會，州聽證處將設立檔案。您有權在聽證會之前查看此文件，並至少在聽證會前兩天獲得縣府對您個案的書面陳述。州府可能會將您的聽證檔案交給福利部門和美國衛生與公眾服務部門和農業部。(**《福利與慈善法規》第 10850 和 10950 條**)。

要求舉行聽證會:

- 填寫此頁的內容。
- 複印這一頁正面和背面的副本留作記錄。如果您索要的話，社會會給您一份這一頁的副本。
- 郵寄或將此頁送到:

或

- 撥打免費電話: 1-800-952-5253，使用 TDD 的聽力或言語障礙者應撥打 1-800-952-8349.

要獲得幫助: 可撥打上面列出的免費州電話號碼，詢問您的聽證權或獲得法律援助轉介。可能可以在您當地的法律援助或福利辦公室獲得免費的法律幫助。

如果您不想自己去參加聽證會，可以帶一個朋友或其他人陪同您。

聽證會申請

我希望舉行一次聽證會，原因是 _____ 縣福利部門對我的下列福利採取了行動:

- 現金補助 (Cash Aid) CalFresh Medi-Cal 其他 (請列出) _____

原因如下: _____

- 如果您需要更多空間，請在這裡打勾並添加一個頁面。
- 我需要州府為我免費提供翻譯。(親屬或朋友在聽證會上不能為您當翻譯)。
我的語言或方言是: _____

福利被拒絕、改變或停止之人的姓名		出生日期	電話號碼
街道地址	城市	州	郵遞區號
簽名			日期
填寫本表之人的姓名			電話號碼

- 我希望下面指名之人在本次聽證會上擔任我的代表。我允許此人查看我的記錄或代我參加聽證會。(此人可以是朋友或親戚，但不能為您當翻譯。)

姓名		電話號碼	
街道地址	城市	州	郵遞區號