

採取行動通知

郡

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

移民現金補助計劃 超額付款通知

通知日期 : _____
 案件姓名 : _____
 號碼 : _____
 工作人員姓名 : _____
 號碼 : _____
 電話 : _____
 地址 : _____

(ADDRESSEE)

有問題嗎？可以問你的工作人員。

州聽證：假如你認為採取的行動是錯誤的，你可以請求聽證。本頁反面會告訴你怎樣進行。假如你在採取行動以前請求聽證的話，你的福利不會改變。

我們付給你 \$ _____ 這筆移民現金補助計劃(CAPI)的福利付得太多了。發生超額付款的日期是自 _____ 至 _____ (月/年)。你得到超額付款是因為：

下面的列表顯示了你收到的錯發金額，你每月應當收到的正確金額，以及你要償付的總金額。

月 / 年	每月支付的金額	每月正確金額	不足付款金額	超額付款金額

超額付款總金額 \$ _____

除非我們決定可以豁免取回你的超額付款，否則你就必須償還給我們。假如你認為你不應當要償還我們，或是你不同意有關超額付款的這一決定，你可以請求豁免，聽證，或是兩者都請求。

償付超額付款

有兩個償付超額付款的方式：

1. 你可以退回整筆金額。請和你的工作人員聯絡，以便瞭解如何進行。
2. 假如你目前在領取 CAPI 或者在將來將領取 CAPI，我們可以從你每月的 CAPI 支票中扣取超過你總共收入的百分之十。

假如你仍在領取 CAPI，並且我們在以下的 30 天內沒有你的消息，我們將從你的支票中每月扣取 \$ _____ 開始於 _____。假如你在以下的 30 天內請求豁免或上訴，在我們對你的案件作出決定以前我們將不更改你的支票。

假如你認為你不應當要償還超額付款

有時候，我們可以豁免取回超額付款，這意味著你不必償還我們。假如下面兩項都是真實的話，可以豁免取回超額付款：

- 你對造成或接受超額付款沒有做錯。
- 並且
- 你如若必得償還我們，你就不能支付食物，衣服，房屋，醫療或其他必需花費的賬單。

你可以通過和你的郡政府工作人員聯絡來請求豁免，這位工作人員將寄給你適當的表格填寫和寄回，或者將幫助你填寫這些表格。

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。假如你的 Medi-Cal 有改變，你將收到另一份通知。請保留你的塑料福利辨認卡。

法規： 這些條例適用；你可以在你的福利所查看：福利與慈善法規第9部門，第6部，第10.3章，第18937至18944節，20 CFR 416.558, 20 CFR 416.537(a)。

你的聽證權利

假如你不同意郡政府所採取的任何行動的話，你有權利請求聽證。你只有90天的時間請求聽證。90天開始於郡政府發給你或寄給你通知後的那一天。

假如在對你的現金補助，加州醫藥補助(Medi-Cal)，糧食券，或托兒照顧採取行動以前你請求聽證：

- 在你等待聽證期間你的現金補助或Medi-Cal 將保持不變。
- 在你等待聽證期間你的托兒照顧服務保持不變。
- 你的糧食券保持不變，直至聽證時或你證明期的結束時，視那一個先發生。

假如聽證決定認為我們是對的，你將欠我們你所得到的額外現金補助，糧食券，或托兒照顧服務。

若在聽證以前，要我們減少或停止你的福利金，請在下面作記號：

要，減少或停止： 現金補助 糧食券 托兒照顧

在你為下列項目等待聽證期間

福利引至工作計劃：

你不必參加活動。

在寄你這份通知以前你因著就業和參加郡政府批准的活動可以領取托兒照顧付款。

假如我們通知你將停止你其它的協助性服務付款，即使你參加活動，你也不能再領取任何付款。

假如我們通知你將支付你其它的協助性服務付款，我們將在此通知中告訴你的金額和付款方式付款。

- 若要得到這些協助性服務，你必須參加郡政府要你參加的活動。
- 在你等待聽證決定時，假如郡政府付你的協助性服務的金額不足夠讓你參加活動的話，你可以停止參加。

加州領取民眾補助十幾歲家長的教育計劃(Cal-Learn):

- 假如我們通知你我們不能為你服務，你就不能參加 Cal-Learn 計劃。
- 我們只為被批准的活動支付 Cal-Learn 協助性服務。

其他資料

Medi-Cal 地區管理護理計劃成員：在這份通知上所採取的行動會停止你從地區管理保健計劃項下領取服務。假如你有問題的話，你可以和你的健康計劃會員服務部門聯絡。

子女撫養和/或醫藥付擔費：即使你沒有領取現金補助，你當地的子女撫養代理機構也會免費幫助你領取資助。假如他們現在為你收取資助的話，他們將保持進行收取，除非你書面通知他們停止這樣做。他們將寄給你現在所收取到的資助，但他們將收起你所欠郡政府過期未付的錢。

家庭計劃：你的福利所將把你索取的資料提供給你。

聽證檔案：假如你請求聽證的話，州政府聽證部門將設立一份檔案。在你聽證以前，你有權查看這份檔案，並且至少在聽證前的兩天內得到一份郡政府對你案件的立場聲明的副本。州政府可以把你的聽證檔案交給福利所，聯邦健康人文服務部和聯邦農業部。

(W&I Code Sections 10850 和 10950.)

若要請求聽證

- 填寫這一頁。
- 複印一份本頁的正反面留作你的記錄。假如你索取的話，你的工作員會給你一份本頁的副本。
- 請把這一頁寄至或送至：

或者

- **打免費電話：1-800-952-5253** 或者對聽覺或言語有障礙，使用聾者電傳機(TDD)的人，打**1-800-952-8349**。

要取得幫助：你可以打上面所列州政府的免費電話詢問你的聽證權利或者尋求法律諮詢的推薦。你可以在你當地的法律諮詢所或福利權利所取得免費的法律幫助。

假如你不願意單獨去聽證，你可以帶朋友或某位人士前去。

聽證要求

我因為 _____ 郡福利所採取有關下列計劃的行動而要求聽證：

現金補助 糧食券 Medi-Cal

其他（請列出） _____

理由在於： _____

假如你需要更多篇幅的話，請在此作記號並另加一頁。

我需要州政府提供我一位不需要我付費的翻譯員。（你的親戚或朋友在聽證時不能為你翻譯。）

我的語言或方言是： _____

福利被拒絕，改變或停止人的姓名

出生日期	電話號碼
街道地址	
城市	州 郵遞號碼
簽名	日期
填寫此表格人姓名	電話號碼

我要求下面提名人士在聽證時代表我。我准許這位人士查看我的記錄或為我去聽證。（這人可以是朋友或親戚，但不能為你作翻譯。）

姓名	電話號碼
街道地址	
城市	州 郵遞號碼