

**CALFRESH****過渡的給付の承認 / 終了通知**

郡名

通知日 : \_\_\_\_\_  
 ケース名 : \_\_\_\_\_  
 ケース番号 : \_\_\_\_\_  
 担当官名 : \_\_\_\_\_  
 担当官番号 : \_\_\_\_\_  
 担当官の電話番号 : \_\_\_\_\_  
 担当官の住所 : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

(Addressee)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ご質問がご質問がある場合担当官にお尋ねください。

州の聴聞会：この措置が誤りであると思われる場合、貴方は聴聞を要請することができます。この通知の第3頁及び第4頁に要請の方法が記載されています。この措置の施行前に聴聞を要請された場合は、この給付が変更されない可能性があります。

**過渡的CalFresh給付の承認**

\_\_\_\_\_ からあなたへのCalFresh給付  
 (MM/DD/CCYY)

額は毎月 \$ \_\_\_\_\_ となります。

あなたのCalWORKsに関するケースが終了したため、過渡的CalFresh給付を受領されることとなります。過渡的給付は \_\_\_\_\_ から開始され、\_\_\_\_\_ に終了することとなります。

これはあなたの前回の認定期間にとって代わるものになります。

給付額の変更はCalWORKsから得ていた収入の損失によるものです。

あなたの過渡的CalFresh給付期間は、あなたの世帯が再承認されない限り5カ月後に終了します

**報告：**

- 過渡的CalFresh給付を受給している世帯に変更があった場合、過渡的CalFresh給付期間の終了又は再承認を受けるまでその変更を報告する必要はありません。
- 過渡的CalFreshの5か月間の受給期間中に世帯に変更があったと報告を受けた場合でも、郡がそれに対し措置を執ることはありませんが、住所に変更があった場合は報告するようお勧めします。

**再承認：**

- 過渡的CalFreshの給付の5か月間の受給期間中に所得の減少、支出の増加、又は世帯人数の変化が起きた場合、早目に再承認を申請することによりCalFreshの給付額が増える可能性があります。
- 過渡的CalFreshの期間中はいつでも通常のカルフレッシュのための再認証を要請することができます。この過渡的CalFreshの期間の当初4か月間中に再認証を要請された場合、通常のカルフレッシュ給付が現在の過渡的CalFreshの額よりも低くなる可能性があります。給付が下がるとお考えの場合は、再認証の要請を取り消すことができます。
- 過渡的CalFreshの期間中に再認証されない場合、再認証すべき時に通知を受領されることとなります。
- 過渡的CalFreshの受給期間中にCalWORKsに申請し、それが承認された場合、直ちにCalFreshの再承認を申請する必要があります。例え5か月間の給付期間中であっても、過渡的CalFreshの給付はCalWORKs及び通常のカルフレッシュ給付が承認された時点で終了します。また、その時点から新たなCalFresh承認期間が始まります。

**過渡的CalFresh給付の終了**

\_\_\_\_\_ を以て、あなたの過渡的  
(MM/DD/CCYY)

CalFresh給付期間が終了します。

以下の理由によるものです。

- 申請されていたCalWORKsが承認されました。
- 申請されていたCalFreshが承認されました。
- あなたのCalWORKsとCalFreshの両方若しくはいずれかの給付が元通りとされました。
- その他（下記参照）

上記に誤りがあると思われる場合は、郡の事務所にご連絡ください。

規定：次の規定が適用されます。

Title 7 CFR §273.26-§273.32.

## 聴聞会に関する権利

郡の決定に異議がある場合、州に聴聞会を開催するよう要請することが出来ます。聴聞会の請求期間は90日間に限られています。この90日間の期間は郡があなたにこの通知書を手渡し、または郵送した日の翌日から計算されます。90日間以内に聴聞会の開催を要請できなかったことについて正当な理由がある場合は、期限を過ぎても聴聞会の開催を要請できることもあります。正当な理由を伝えることにより聴聞会が開催されることになる場合もあります。

Cash Aid、Medi-Cal、CalFreshまたはChild Careに係る決定の前に聴聞会の開催を要請することにより:

- 聴聞会が開催される前の待機期間中にCash AidまたはMedi-Calに変更が加えられることが無くなります。
- 聴聞会が開催される前の待機期間中にChild Careサービスが変更されないこともあります。
- 聴聞会が開催されるまで、または認証期間が終了するまでの何れか早い時点までCalFreshの給付は変更されません。

もし聴聞会の結果により郡側の判断が適切とされた場合、その期間中に受領した付加的なCash Aid、CalFreshまたはChild Care サービスについて返済する義務を負うこととなります。聴聞会が開催される前にあなたの給付の減額または停止を許可される場合は下記にチェックを入れてください。

はい、右の給付を減額または停止してください:

- Cash Aid     CalFresh     Child Care

下記の援助について聴聞会の決定を待つ間について:

### Welfare to Work:

このプログラムに関する活動に参加する必要はありません。

この通知書を受ける前に郡が承認した活動や雇用に対する養育費の支払いを受け取ることが出来ます。

その他の支援サービスの支払い金が停止されると当局が伝えた場合、例え活動に参加したとしてもこれ以上の給付金を受け取ることはできません。

その他の支援サービスの支払い金を当局が支払うと伝えた場合、その金額についてはこの通知書内で指定したとおりの方法で支払われます。

- これらの支援サービスを受けるには郡当局が指定した活動に参加しなければなりません。
- 聴聞会の結果を待つ間に郡が支払う給付金はその活動に参加するためには不十分な金額である場合は、その活動に参加することを中止しても構いません。

### Cal-Learn:

- 当局があなたにサービスを提供できないと伝えた場合、Cal-Learn Programに参加することはできません。
- Cal-Learn支援サービスで支払うことのできるものは事前に承認された活動のみです。

### その他の情報

**管理ケアプラン加入者 (Medi-Cal Managed Care Plan Members):** この通知書に記載されている内容によっては、管理されたケアヘルスプランのサービスを受けられなくなる可能性もあります。質問がある場合はあなたのヘルスプラン会員サービスまでお問い合わせください。

**養育・医療支援 (Child and/or Medical Support):** あなたが補助金を受けていない場合でも地元の児童養育費徴収局が無料で徴収のサポートを致します。これが現在提供されているサポートである場合、あなたが書面にて停止を求めない限り続きます。徴収した現在の養育費は送付されますが、期限を過ぎた郡に支払われるべき金額は差し引かれることとなります。

**家族計画 (Family Planning):** 質問があれば福祉事務所 (Welfare Office) から情報を得ることが出来ます。

**聴聞会関連ファイル:** 州による聴聞会の開催を要請された場合、州聴聞局はその件に関してのファイルを準備いたします。あなたは聴聞会の前にそのファイルを開覧する権利があり、少なくとも聴聞会の二日前までに郡側の書面で明記された立場についての写しを得ることが出来ます。州当局はあなたの聴聞会ファイルを福祉課 (Welfare Department) 並びに米国保健社会福祉省及び農務省 (U.S. Departments of Health and Human Services and Agriculture) に提供することもあります。 ( W&I Section Code 10850 及び 10950。 )

## 聴聞会の開催を要請するには:

- このページにご記入ください。
- 控えとしてこの書面の裏表両方をコピーのうえ、保管してください。必要であれば担当官に依頼すればコピーを提供致します。
- このフォームを以下まで持参または郵送してください:

### または

- フリーダイヤル 1-800-952-5253 フリーダイヤル 1-800-952-5253に電話をするか、聴覚・言語に不自由がある方でTDDを利用される場合は1-800-952-8349にお掛けください。

手助けが必要な場合：上記の州のフリーダイヤル番号で聴聞会の権利や法的援助の紹介についてお問い合わせ頂けます。地元地域の法的支援オフィスまたは福祉受給権オフィスにて無料の法的援助を受けることも出来ます。

もし聴聞会に一人で参加されたくない場合は友人や他の人を同伴されても差支えありません。

### 聴聞会の開催の要請

私は \_\_\_\_\_ 郡による下記の件に関する決定に対し聴聞会の開催を要請致します。

- Cash Aid     CalFresh     Medi-Cal     その他 (明記) \_\_\_\_\_

聴聞会の開催を要請する理由: \_\_\_\_\_

- 記入スペースが足りない場合は、ここにチェックを入れ、別紙を添付してください。
- 私は州当局に無料で通訳を提供するよう要請致します。(聴聞会において親族や友人が通訳を務めることは禁じられています。)

私の言語または方言は以下の通りです。 \_\_\_\_\_

給付金が却下、変更、または停止された人の氏名		その他を記載	電話番号
住所(所在地)	市	州	ZIPコード(郵便番号)
署名			日付
このフォームの記入者の氏名			電話番号

- 聴聞会では下記の人物に私の代理人を務めることを希望します。私はこの人物に私の記録の閲覧及び聴聞会に私の代理人として出席することを許可します。(この人物は親族や友人であっても問題はありますが、あなたの為に通訳をすることは許されません。)

氏名		電話番号	
住所(所在地)	市	州	ZIPコード(郵便番号)