

フードスタンプの 拒絶／欠格通知 (フードスタンププログラムの 利用規則の違反)

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

郡

通知日: _____
ケース名: _____
番号: _____
担当者名: _____
番号: _____
電話: _____
住所: _____

(ADDRESSEE)

┌

└

ご質問は、担当者にお尋ねください。

州聴聞会: この決定が誤っていると思われる場合は、聴聞会を請求することができます。この用紙裏面に方法が記載されています。この決定が有効になる前に聴聞会を請求しても、給付が変更されない場合もあります。

_____ がフードスタンププログラム利用規則に違反したため、郡は次の決定を下しました (下記参照)。

あなたは、 拒絶 / 欠格 1 、3 、6 ヶ月間とされました。

罰則期間は、_____ に終了します。

(日付)

あなたの家庭のフードスタンプの額は、\$ _____ から \$ _____ に変更になります。

利用規則に違反したため、あなたは、フードスタンプを受給することができません。違反した規則は、次のものです。

- 仕事の登録をする。
- 仕事を確保し、週最低 30 時間働く。
- 勤労福祉制度 (Workfare)、仕事口探し、その他の就職口関連の指示された活動に参加する。
- 就業可能である場合、職歴についての情報を郡に提出する。
- 仕事にきちんと出かける。
- 適切な就職斡旋に応じる。
- 失業保険プログラム (Unemployment Insurance Program) の就業要件に出席する。
- CalWORKs の「福祉から就業へ」プログラム (CalWORKs Welfare to Work Program) の就業要件に出席する。

利用規則の違反に対する正当な理由があると思われる場合は、ご連絡ください。

フードスタンプが中止されないようにするには

_____ までに、次のことを実行する必要があります。

(日付)

- フードスタンププログラムの利用規則を満足していることを口頭または書面で証明する。
- 利用規則の違反に対する正当な理由を提示する。
- 免除を受ける (下記参照)。

利用規則の免除を受けるには、あなたは次の要件を満たしていなければなりません。

- 年齢が 16 才未満または 60 才以上
- 年齢が 16 才または 17 才でフードスタンプ給付家庭の筆頭者でない
- 身体的または精神的に雇用に不適
- CalWORKs 「福祉から就業へ」(Welfare-to-Work) 規則を満足している
- 6 才未満の子供、怪我人、病人の世話・看護をしている
- 週 30 時間以上の就業を不可能にする、アルコールまたは薬物依存治療プログラムに参加している
- 失業保険給付 (Unemployment Insurance benefits) を受けているか申請中である
- 最低週 30 時間は雇用されているか自営業に携わっていて、連邦最低賃金 30 時間相当分以上の収入を週当たりで得ている
- 週 20 時間以上学校に通っている

フードスタンプ給付を再開するには

- _____ をもって、受給資格があり、フードスタンププログラム (日付) の利用規則 (Food Stamp Program work rules) を満たすことに同意する場合、あなたはフードスタンプの給付を受けることができます。
- フードスタンププログラムの利用規則 (Food Stamp Program work rules) を免除される場合、あなたは、いつでも申請することができます (上記のリスト参照)。

コメント

規則: これらの規則が該当しています。福祉事務所で確認することができます。

MPP Section 42-721; 63-407; 63-408;
その他: _____

聴聞会に関するあなたの権利

郡の決定に同意できない場合、あなたには、聴聞会を請求する権利があります。これには、90 日間の期限があります。この 90 日間とは、郡があなたに通知を手渡すか郵送した翌日から開始されます。

Cash Aid、Medi-Cal、フードスタンプ、養育ケア (Child Care) に対する決定の前に聴聞会を請求すると、

- キャッシュエイド (Cash Aid) や Medi-Cal は、聴聞会を待つ間は変更されません。
- 養育ケア (Child Care) は、聴聞会を待つ間は変更されないかもしれません。
- フードスタンプは、聴聞会までか、あるいは証明書期間が終了するまでか、いずれか早く起こる時点まで変更されません。

聴聞会の判定で当局が正しいとされると、あなたは、既に受領している超過のキャッシュエイド (Cash Aid)、フードスタンプ、養育ケア (Child Care) を払戻しする必要があります。

聴聞会前に給付の減額あるいは中止を希望する場合は、下記をチェックしてください。

- はい、減額あるいは中止してください: キャッシュエイド (Cash Aid)
 フードスタンプ 養育ケア (Child Care)

聴聞会の判定が出るまで:

福祉から就業へ (Welfare to Work):

活動に参加する必要はありません。

この通知以前に郡が承認した雇用および活動に対する養育ケア (Child care) の支払いは、受けることができます。

他の支援サービスの支払いを中止するとの通知があった場合、活動に参加しても、さらに支払いを受けることはありません。

他の支援サービスの支払いを行うとの通知があった場合、この通知のとおり額と方法により支払われます。

- これらの支援サービスを受け取るには、あなたが参加するよう郡が指示した活動に参加しなければなりません。
- 聴聞会の決定を待つ間に郡が支給する支援サービスの額では参加が不可能な場合、活動に参加しないことも可能です。

Cal-Learn:

- 郡当局があなたに対しサービスを提供できないと通知した場合、Cal-Learn Program に参加することはできません。
- 承認された活動に関する Cal-Learn 支援サービスについてのみ支払われます。

その他の情報

Medi-Cal Managed Care Plan Members (Medi-Cal 管理ケアプラン加入者): この通知の決定によっては、あなたの管理ケアヘルスプラン (Managed care health plan) のサービスを中止する場合があります。質問があれば、担当のヘルスプラン加入者サービス (Health plan membership services) にご連絡ください。

養育および医療サポート (Child and/or Medical Support): あなたが、キャッシュエイドを受給していなくても、居住地の養育サポートエージェンシーがサポートの給付が受けられるよう無料で支援します。あなたのためにサポートを徴収している場合、書面で中止するよう指示しない限り継続して行います。徴収した現在のサポート金をあなたに送付しますが、郡に支払われるべき期限の過ぎた金額はお送りいたしません。

家族計画 (Family Planning): 請求すれば、必要な情報は福祉オフィスが提供いたします。

聴聞会のファイル: 聴聞会を請求すると、州の聴聞会部 (State Hearing Division) がファイルを設定します。あなたには、聴聞会の前にこのファイルを見て、聴聞会の最低 2 日までにあなたのケースに関する郡の立場を表す文書の写しを得る権利があります。州は、あなたの聴聞会ファイルを、福祉課 (Welfare Department)、米国保健社会福祉省 (U.S. Department of Health and Human Services)、農務省 (U.S. Department of Agriculture) に提供することができます。 (**W&I Code Sections 10850 and 10950.**)

聴聞会を請求するには:

- このページに記入してください。
- 記録として、このページの表と裏をコピーしてください。お申し出いただければ、担当者がコピーいたします。
- このページを下記に送付あるいはお持ちください:

または

- **フリーダイヤル 1-800-952-5253 まで電話で請求するか、または聴覚等に問題があり TDD を用いる場合は、1-800-952-8349 までお電話ください。**

手助けが必要な場合: 上記のフリーダイヤルの電話番号で、聴聞会の権利や法的支援紹介などを要請することができます。居住地域の法務支援 (Legal aid) オフィスや福祉権利オフィス (Welfare rights office) から無料の法的な援助を得ることも可能です。

聴聞会にご自分だけで行きたくない場合、友人や他の人を同伴することも可能です。

聴聞会の請求

次のものに関する _____ County (郡) の福祉課 (Welfare Department) の決定に対し私は、聴聞会を希望します。

- キャッシュエイド (Cash Aid) フードスタンプ Medi-Cal
 その他 (一覧) _____

理由: _____

書ききれない場合、こちらのチェックをし別紙にご記入ください。

州に通訳を無料で提供してもらう必要があります (親類あるいは友人は聴聞会での通訳はできません)。

私の言語/方言: _____

給付が拒絶・変更・中止された者の氏名

生年月日	電話番号	
STREET ADDRESS (居住住所)		
CITY (市)	STATE (州)	ZIP CODE
署名	日付	
この書類を記入した者の氏名	電話番号	

私は、下記の者がこの聴聞会で私の代理となることを希望します。私は、この者に、私の記録を見て、私のために聴聞会に出席することを許可するものです (この者は、友人あるいは親類でもかまいませんが、通訳はできません)。

氏名	電話番号	
STREET ADDRESS (居住住所)		
CITY (市)	STATE (州)	ZIP CODE