

# 決定通知書 続き

郡

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

通知日: \_\_\_\_\_  
 ケース名: \_\_\_\_\_  
 ケース番号: \_\_\_\_\_  
 担当者氏名: \_\_\_\_\_  
 番号 /ID: \_\_\_\_\_  
 電話: \_\_\_\_\_  
 24 時間情報: \_\_\_\_\_  
 住所: \_\_\_\_\_

質問がおありの場合は、担当者に尋ねるか上記の番号にお電話ください。

**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。請求方法はこの用紙裏面に記載されています。この決定が有効になる前に聴聞会を請求した場合は、支給額が変更されない場合もあります。

あなたは定額収入を報告しました。毎週または隔週で給与が支払われる場合、毎月の収入は次のように計算されます。

まず、当月の収入をすべて合算し、支払いの合計回数で割ります。それから、その結果に1カ月の平均支払い回数を掛けます。

- 毎週給与が支払われる場合、1カ月で4回または5回支払われることとなります。1カ月の平均支払い回数は、4.33です。
- 隔週で給与が支払われる場合、1カ月で2回または3回支払われることとなります。1カ月の平均支払い回数は、2.167です。

あなたの情報は次のとおりです。

報告された収入額 _____	\$ _____
	\$ _____
	\$ _____
	\$ _____
	+\$ _____
報告された収入合計額	+\$ _____
報告された支払い回数	÷ _____
毎週の収入額	=\$ _____
掛けることの (平均支払い回数)	x _____
毎月の収入額	=\$ _____

### 毎月のキャッシュエイド支給額

**セクション A 月の可算収入** \_\_\_\_\_

- 自家営業収入合計額 ..... \$ \_\_\_\_\_
- 自家営業経費:
  - a. 40% 定率 ..... - \_\_\_\_\_
  - または
  - b. 実費 ..... - \_\_\_\_\_
- 自家営業の純利益 ..... = \_\_\_\_\_
- 障害者ベースの不労所得合計額 (DBI)  
(援助対象家庭 + 非援助対象家庭の構成員) ..... \$ \_\_\_\_\_
- 225 ドルの DBI 控除 (#4 が 225 ドルを超える場合) - \_\_\_\_\_
- 課税対象障害者不労所得 ..... = \_\_\_\_\_
- または
- 未利用 DBI 控除 (最高 112 ドル) ..... = \_\_\_\_\_
- 自家営業の純利益 (上記) ..... + \_\_\_\_\_
- その他の勤労所得合計額 ..... + \_\_\_\_\_
- 225 ドルまたは 112 ドルの未利用額 (#7 から)  
(どちらか少額な方) ..... - \_\_\_\_\_
- 小計 ..... = \_\_\_\_\_
- 勤労所得控除 50% ..... - \_\_\_\_\_
- 小計 ..... = \_\_\_\_\_
- 課税対象障害者不労所得  
(#6 から) ..... + \_\_\_\_\_
- 小計 ..... = \_\_\_\_\_
- その他の課税対象収入 (援助対象家庭 +  
非援助対象家庭の構成員) ..... + \_\_\_\_\_

### 純可算収入 \_\_\_\_\_

**セクション B 月のキャッシュエイド支給額** \_\_\_\_\_

- 最大援助人数  
(援助対象家庭 + 非援助対象家庭の構成員) ..... \$ \_\_\_\_\_
- 特別な必要性に応じた給付金 (援助対象家庭 + 非  
援助対象家庭の構成員) ..... + \_\_\_\_\_
- セクション A (上記) の純可算収入 ..... - \_\_\_\_\_
- 小計 ..... = \_\_\_\_\_
- 最大援助人数 \_\_\_\_\_ (援助対象家庭のみ)  
(MFG または 刑罰を受けた人物を除く) ..... \$ \_\_\_\_\_
- 特別な必要性に応じた給付金 (援助対象家庭のみ) .. + \_\_\_\_\_
- 最高援助額小計 ..... = \_\_\_\_\_
- 1ヶ月の援助額小計**  
(#4 または #7 の最低額) ..... = \_\_\_\_\_
- #8 で配分された月内支給額 ..... = \_\_\_\_\_
- 調整: 児童養育罰金 25% ..... - \_\_\_\_\_  
 その他の罰金 ..... - \_\_\_\_\_  
 過誤納金 ..... - \_\_\_\_\_  
 学校ボーナス (100 ドルまたは 500 ドル) .... + \_\_\_\_\_
- 毎月のキャッシュエイド支給額**  
(#8 または #9 の調整後) ..... \$ \_\_\_\_\_
- 現在のキャッシュエイド支給額 (この額が #11 の支給額より多い場合、  
キャッシュエイド支給額に変更はありません) ..... = \_\_\_\_\_

## 公聴会に関する権利

郡の決定に異論がある場合、あなたには公聴会を求める権利があります。公聴会の請求期間は90日間のみです。この90日は、郡があなたにこの通知書を手渡すか郵送した翌日から計算します。90日以内に公聴会を申請できない正当な理由がある場合は、期限を過ぎても公聴会を申請できることがあります。正当な理由を伝えれば、公聴会の日取りを決めることができます。

**Cash Aid、Medi-Cal、CalFresh (旧名Food Stamps)、またはChild Care**に対する決定の前に公聴会を求めると…

- 公聴会が実施されるまでの待機している間、Cash AidまたはMedi-Calに変更はありません。
- 公聴会が実施されるまでの待機している間、Child Careサービスは変更されないこともあります。
- 公聴会実施まで、または認証期間が終了するまでの、いずれか早い時点までCalFresh (Food Stamps) は変更されません。

公聴会の結果、当局が正しいと判断された場合、すでに受け取っている**Cash Aid、CalFresh (旧名Food Stamps)、またはChild Care**サービスについてあなたは払い戻しをする義務を負います。公聴会の前にあなたの給付の減額または中止を希望する場合は、以下の該当項目にチェック印を付けてください：

次の項目の減額または中止を希望します： Cash Aid

CalFresh (旧名Food Stamps)  Child Care

下記の援助について公聴会の結果を待っている間の規定：

### Welfare to Work:

活動に参加する必要はありません。

雇用、およびこの通知書を受け取る前に郡が認可した活動に対して養育用の支払金を受け取ることができます。

その他の支援サービスの支払金が停止されると当局が伝え場合、あなたが活動に参加しても、これ以上の支払金は受け取れません。

その他の支援サービスの支払金を当局が支払うと伝えた場合、その金額をこの通知書に述べた形で支払います。

- これらの支援サービスを受けるためには、郡当局があなたに出席するよう指示した活動に参加しなければなりません。
- 公聴会の結果を待っている間に郡が支払う支援サービスの金額が不十分で活動参加できない場合、活動へ出席を中止することができます。

### 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、あなたはCal-Learnプログラム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、承認された活動だけです。

### その他の情報

#### Medi-Cal管理ケアプラン加入者 (Medi-Cal Managed Care Plan Members):

この通知書に記載の活動で、あなたは管理ケアヘルス・プランからのサービスを受けられなくなることもあります。質問がある場合は、あなたのヘルスプラン・メンバーシップ・サービスに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、児童養育費徴収局が無料で養育費徴収のお手伝いをします。徴収局が現在、あなたのために養育費の徴収を行っている場合は、あなたが書面でそれを中止するよう依頼しない限り、それを続けることとなります。徴収局は徴収した現在の養育費をあなたに送付しますが、郡に支払われるべき期限経過の金額は送付できません。

**家族計画 (Family Planning):** 質問があれば福祉事務所が情報を提供します。

公聴会ファイル：公聴会を求めた場合、州公聴部はファイルを準備します。あなたは公聴会が開始される前にこのファイルを閲覧し、公聴会の少なくとも2日前にあなたのケースに対する郡側の立場を記した文書の写しを取得する権利があります。州当局はあなたの公聴会ファイルを福祉課 (Welfare Department)、米国保健社会福祉省 (U.S. Departments of Health and Human Services) および農務省 (U.S. Department of Agriculture) に提供することができます。  
**(W&I Code Sections 10850 and 10950.)**

## 公聴会を請求するには：

- このページに記入してください。
- 控え用に、このページの表面と裏面のコピーを取っておいてください。  
お申し出いただければ、あなたを担当する福祉士がこのページをコピーいたします。
- このページを以下まで送付または持参してください：

または

- フリーダイヤル**1-800-952-5253**または聴覚・言語が不自由で**TDD**を利用される方は**1-800-952-8349**にお電話ください。

手助けが必要な場合：上記のフリーダイヤル番号で公聴会の権利や法的援助紹介について問い合わせることができます。お住まいの地域の法的支援オフィスまたは福祉受給権オフィスにおいて無料の法的援助を受けることも可能です。

公聴会に一人で出席したくない場合は友人や他の人を同伴しても構いません。

### 公聴会の要請

私の下記の事柄について \_\_\_\_\_ 郡の福祉課の決定に対し、公聴会を希望します：

Cash Aid  CalFresh (旧名 Food Stamps)  Medi-Cal

その他 (リストにして記載) \_\_\_\_\_

公聴会希望の理由： \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

記入欄がもっと必要な場合は、ここにチェック印を付け、別紙を添付してください。

州当局に無料で通訳を提供してもらうことが必要です (公聴会で親戚や友人が通訳することは禁じられています)。

私の言語/方言： \_\_\_\_\_

給付が拒絶、変更、停止された者の氏名

生年月日	電話番号
------	------

STREET ADDRESS (所在地住所)

CITY (市)	STATE (州)	ZIP CODE (郵便番号)
----------	-----------	-----------------

署名	日付
----	----

この書類を記入した者の氏名	電話番号
---------------	------

私は下記の者が公聴会で私の代理となることを希望します。この代理人に私の記録の閲覧や公聴会への出席を許可します (この代理人は友人や親戚でも構いませんが、通訳を担当することはできません)。

氏名	電話番号
----	------

STREET ADDRESS (所在地住所)

CITY (市)	STATE (州)	ZIP CODE (郵便番号)
----------	-----------	-----------------