

State of California – Health and Human Services Agency  
California Department of Social Services

**칼프레쉬(CALFRESH)**  
**혜택 승인 고지**

카운티 \_\_\_\_\_  
고지일자: \_\_\_\_\_  
민원인 성명: \_\_\_\_\_  
민원 번호: \_\_\_\_\_  
담당자 성명: \_\_\_\_\_  
담당자 고유번호: \_\_\_\_\_  
전화번호: \_\_\_\_\_  
주소: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(ADDRESSEE)

[ \_\_\_\_\_ ]  
[ \_\_\_\_\_ ]

질문이 있으십니까? 담당 직원에게 문의하십시오

주 정부 심의회: 본 조치가 잘 못 되었다고 생각하시면, 주 정부 심의회를 요청할 수 있습니다. 페이지 뒷면에 요청 방법이 설명되어 있습니다. 본 조치가 취해지기 전에 심의회를 요청하는 경우, 귀하의 혜택은 변경되지 않을 수도 있습니다.

귀하의 칼프레쉬(CALFRESH) 수혜 신청이 승인되었습니다.

귀하의 최초 혜택 금액은 다음과 같습니다: \$ \_\_\_\_\_ 에 \_\_\_\_\_  
달러. 귀하의 남은 자격 승인 기간 동안 지급되는 혜택 금액은 \$ \_\_\_\_\_ 부터  
\_\_\_\_\_ 까지 \_\_\_\_\_ 달러입니다.

State of California – Health and Human Services Agency  
California Department of Social Services

---

귀하가 현금 보조 혜택을 신청하였으나, 아직 승인이 되지 않은 경우, 현금 보조가 승인되면 추가고지 없이 귀하의 칼프레쉬 혜택 금액이 감소되거나 중단될 수 있습니다.

- 귀하의 칼프레쉬 수혜 자격 심사는 귀하의 현금 보조 혜택과 동일한 일자에 시작됩니다.
- 귀하의 첫 달 혜택 지급 금액은 혜택 신청 승인 일자로 인해 한 달 혜택 금액보다 많은 금액이 포함될 수 있습니다.
- 귀하의 첫 달 혜택 지급 금액은 귀하가 혜택을 신청한 날짜 수에 따라 적용 지급됩니다.

---

귀하가 칼프레쉬 혜택을 바로 수령하였기 때문에, 사무소는 다음의 확인 서류를 요청하지 않았습니다:

귀하는 \_\_\_\_\_ 전에 해당 확인서류를 반드시 제출해야 하며, 그렇지 않으면, 귀하의 칼프레쉬 수혜 자격이 중단됩니다. 귀하가 제출한 확인 서류가 귀하의 수혜 자격 또는 혜택을 변경하게 되는 경우, 복지사무소는 변경 사항을 반영하게 됩니다. 사무소는 이 조치를 취하기 전에는 귀하에게 사전 통보를 하지 않습니다.

---

State of California – Health and Human Services Agency  
California Department of Social Services

---

귀하의 칼프레쉬 수혜 세대는 주 정부 공과금 보조 지원금 (SUAS) 수혜 자격이 있을 수 있습니다. 수혜 자격이 되는 경우, 카운티는 \$20.01달러를 SUAS 현금 지원금으로 지급합니다. 해당 지원금은 일 년에 한 번 지급되며, 수혜자격이 되는 경우, 귀하의 EBT 현금 계정으로 지급됩니다. EBT 현금 계정이 없는 경우, 귀하의 칼프레쉬 EBT 카드계정으로 현금 계정이 개설됩니다. 신규 카드를 수령하는데 다른 조치는 필요 없고, 이 계정을 칼프레쉬로 사용할 수 없는 비용을 지불하는 용도로 사용할 수 있습니다. 이 지급 금액으로 카운티는 가장 높은 금액(표준 공과금 지원금: Standard Utility Allowance - SUA)을 식료품 혜택으로 공제할 수 있습니다. 귀하는 이 금액, \$20.01달러를 EBT 카드 사용 시, 이용할 수 있습니다. 보다 자세한 사항은 해당 지역 복지 사무소로 문의하여 주십시오.

---

**적용 규정:** 다음의 규정이 적용됩니다:  
해당 규정은 귀하의 복지 사무소에서 검토하실 수 있습니다.

## 귀하의 주 심의회 요청 권리

귀하가 본 카운티의 통지 내용에 동의하지 않는 경우, 주 심의회를 요청할 수 있습니다. 주 심의회 요청 가능 기간은 카운티가 본 통지를 우편으로 발송하거나 전달한 일자 익일부터 시작하여 90일입니다. 귀하가 90일 이내에 주 심의회를 요청하지 못한 정당한 사유가 있는 경우에는 이 후에도 주 심의회 요청이 가능하며, 정당한 사유를 제공하는 경우, 주 심의회 개정이 가능합니다.

귀하가 ‘현금보조 (Cash Aid),’ ‘메디-칼 (Medi-Cal),’ ‘칼프레쉬 (CalFresh),’ 또는 ‘영유아 보육지원 (Child Care)’ 프로그램에 대한 조치가 집행되기 전에 주 심의회를 요청하는 경우:

- 귀하가 주 심의회를 기다리는 동안, 귀하의 ‘현금보조 (Cash Aid)’ 또는 ‘메디-칼’은 동일하게 유지됩니다.
- 귀하가 주 심의회를 기다리는 동안, 귀하의 ‘영유아 보육 서비스 (Child Care Services)’는 동일하게 유지됩니다.
- 귀하가 주 심의회를 기다리는 동안 또는 귀하의 자격증명기한 종료일 중 먼저 발생하는 일자까지, 귀하의 ‘칼프레쉬 (CalFresh)’는 동일하게 유지됩니다.

주 심의회에서 정부가 승소판결을 받는 경우, 귀하는 현금보조, 칼프레쉬, 영유아보육서비스 추가 수령금액을 상환해야 합니다. 주 심의회 개정 전에, 다음 중 귀하가 줄이거나 또는 종단을 희망하는 혜택이 있으면 표시하십시오:

예, 감소 또는 종단 희망:  현금보조  칼프레쉬 (CalFresh)  영유아 보육서비스

귀하가 기다리는 주 심의회 판결 결과가 다음의 혜택인 경우:

**‘근로 연계 복지 (Welfare to Work)’:**

귀하는 근로활동에 참여하지 않아도 됩니다.

귀하는 이 통지서 수령 이전에, 카운티가 승인고용 및 활동을 전제로 승인한 ‘영유아보육서비스’ 지급금액을 수령할 수 있습니다.

만일 귀하가 기타 지원 서비스 지급금액 중단통지를 받으셨다면, 귀하가 활동에 참여하더라도, 귀하는 더 이상 지급대상이 아닙니다.

만일 귀하가 기타 지원서비스 지급금액 지불통지를 받았다면, 본 통지서에 고지된 내용으로 해당 금액이 지불될 것입니다.

- 지원 서비스를 받기 위해서는, 귀하는 카운티가 지정한 활동에 참여하셔야만 합니다.
- 귀하가 주 심의회 판결을 기다리는 동안 카운티가 지불한 지원 서비스 금액이 귀하가 근로활동에 참여할만큼 충분하지 않은 경우, 귀하는 활동 참여를 중단하실 수 있습니다.

**‘칼-런 (Cal-Learn)’:**

- 귀하에게 더 이상 서비스를 제공할 수 없다는 통지를 받았다면, 귀하는 ‘칼-런’ 프로그램에 참여할 수 없습니다.
- 칼-런 지원 서비스는 승인된 학습활동에 한하여만 지급됩니다.

## 기타 정보

**‘메디-칼’ 보험관리 프로그램 가입자:** 본 통지서로 인한 행정 조치로 귀하가 가입한 보험관리프로그램 제공 서비스가 중단될수도 있습니다. 자세한 사항은 귀하가 가입된 보험관리프로그램 회원서비스에 문의하시기바랍니다.

**영유아 및/또는 의료 지원:** 귀하가 현금 보조수혜 대상이 아닌 경우, 지역 아동지원사무소는 무상으로 모금지원을 도와줄 것입니다. 귀하가 지금 이 도움을 받고 있는 경우, 귀하가 서면으로서비스 중단요청을 할 때까지 도움을 제공할것입니다. 사무소는 현재 모금된 지원금 중 귀하가 카운티에 체납한 금액을 제외한 금액을 귀하에게 전달할 것입니다.

**가족계획 (Family Planning):** 귀하가 요청시,복지 사무소는 정보를 제공할것입니다.

**청문회 자료 (Hearing File):** 귀하가 주 심의회를 요청하는 경우, 주정부 심의회 사무소는 민원을 접수할 것입니다. 귀하는심리 개시 전에 이 자료의 열람요청권한이있으며, 청문회 최소 이틀 전에 귀하의 민원관련 카운티의 서면 진술서 사본을 받아볼 수있습니다. 주정부는 귀하의 청문회 관련 자료를 복지국과 미국 보건 복지 및 농무부에 제출할 수있습니다. (복지 및 기관법령 제 10850과 10950 항).

## 주 심의회 요청 방법:

- 본 페이지를 작성하십시오.
- 귀하의 기록 보관용으로 본 페이지의 양 면을 모두 복사하십시오. 귀하가 요청하면, 담당자가 본 페이지의 복사본을 제공할 것입니다.
- 본 페이지를 아래 주소로 우편 또는 방문하여 접수하십시오:

또는

- 수신자부담무료전화: **1-800-952-5253** 또는 청각장애자 및 언어장애자 전용 TDD, 1-800-952-8349 로 접수가 가능합니다.

도움 요청방법: 귀하는 상기 전화번호로 귀하의 심의회 권리나 법률상담소개에 관하여 문의하실 수 있습니다. 귀하는 지역법률상담소나 복지권리사무소를 통하여 무료 법적조언을 구하실 수도 있습니다.

귀하가 주 심의회에 혼자 출석하기를 원하지 않는 경우에는, 친구나 다른 사람과 동행하실 수 있습니다.

## 주 심의회 요청서

본인은 카운티복지국의 다음의 조치에 대하여 주 심의회를 요청하는 바입니다:

\_\_\_\_\_  현금보조  칼프레귀 (CalFresh)  메디-칼(Medi-Cal)  
 기타(기재하십시오) \_\_\_\_\_

이유는 다음과 같습니다: \_\_\_\_\_

- 공란이 더 필요하시면, 여기에 표시하시고 페이지를 추가하십시오.
- 본인은 주정부 부담으로 무료 통역사 제공을 요청합니다. (친/외척이나 친구는 주 심의회에서 통역을 맡을 수 없습니다.)

본인이 사용하는 언어는: \_\_\_\_\_



수혜자격이 거절되거나, 변경, 중단된 사람의 이름		생년월일	전화번호
거리명	시	주	우편번호
서명			일자
본 양식 작성자			전화번호

- 본인은 아래 서명인이 주 심의회에서 본인을 대리하기를 희망합니다. 서명인에게 본인의 기록을 열람하거나 또는 본인을 대신하여 주 심의회에 출석하는 것을 허락합니다. (대리인은 친구 또는 친인척일 수 있지만 본인을 위해 통역은 할 수 없습니다.)

성명		전화번호	
거리명	시	주	우편번호