

# 칼프레쉬 혜택 전환의 승인/만료 고지서

카운티

통지일자 : \_\_\_\_\_  
 민원인 성명 : \_\_\_\_\_  
 민원 번호 : \_\_\_\_\_  
 담당자 성명 : \_\_\_\_\_  
 담당자 번호 : \_\_\_\_\_  
 전화번호 : \_\_\_\_\_  
 주소 : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

(Addressee)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

궁금한 점이 있으십니까? 담당직원에게 문의하십시오.

**주 정부 행정 청문회:** 귀하가 본 조치에 오류가 있다고 생각하는 경우 행정 청문회를 요청할 수 있습니다. 3-4페이지에 자세한 방법이 안내되어 있습니다. 본 조치가 취해지기 전에 귀하가 청문회를 요청하는 경우, 귀하의 복지혜택은 변경되지 않을 수도 있습니다.

## 칼프레쉬 혜택 전환 승인 안내

\_\_\_\_\_, 로부터 귀하는 매달 \$ \_\_\_\_\_  
 (MM/DD/CCYY)  
 의 칼프레쉬 혜택을 받으시게 됩니다.

귀하의 칼웍스(CalWORKs) 혜택이 종료되어,  
 앞으로는 칼프레쉬로 혜택이 전환됩니다.  
 이는 \_\_\_\_\_ 에 시작하여  
 \_\_\_\_\_ 에 종료됩니다.

이것이 귀하의 기존 수혜 승인 기간을 대체합니다.

귀하의 수혜 금액 변경은 칼웍스 해지로 인한 것입니다.

귀하의 전환 혜택 기간은 칼프레쉬 자격 갱신을 하지 않는 한, 5개월 후에 종료됩니다.

### 보고:

- 전환혜택을 수령하는 가족은 전환혜택이 자격 갱신 기간 만료 시 까지, 가족 변경 사항을 보고를 하거나 증명 서류 제출이 요구되지 않습니다
- 카운티는 칼프레쉬전환 혜택 수령 기간 동안으로 고지된5개월 동안 가족 변경을 보고 하더라도, 이에 대한 별도의 조치를 취하지 않습니다. 단, 귀하의 주소지 변경 시, 반드시 카운티에 보고하시기를 권장합니다.

### 자격 갱신:

- 귀하의 수입이 감소하거나, 지출이 감소하거나, 가족 구성원 수에 변경이 있는 경우, 칼프레쉬 전환 혜택 수혜 기간 5개월이 종료되기 전에, 귀하의 칼프레쉬 혜택이 증가할 수 있으므로, 일찍 자격 갱신을 신청할 수 있습니다.
- 과도기 CalFresh(칼프레시) 지급 기간 내에 언제라도 정규 CalFresh수혜 자격 심사를 요청할 수 있습니다. 과도기 CalFresh 지급 기간의 최초 4 개월 이내에 수혜자격 재심사를 요청하는 경우, 귀하의 정규 CalFresh 복지 혜택은 현재 과도기 CalFresh 프로그램에서 지급하는 금액보다 적을 수 있습니다. 귀하의 혜택이 감소할 것이라고 판단되면, 귀하가 수혜자격 재심사를 요청한 후, 이를 철회할 수 있습니다.
- 과도기 CalFresh(칼프레시) 지급 기간 동안 수혜 자격 재심사를 받지 않으면 자격 재심사 시기에 안내 통지서를 발송해 드립니다.
- 귀하가 칼프레쉬 전환 혜택 수령 기간 중 칼웍스를 신청하여 승인을 받는 경우, 반드시 칼프레쉬 자격 갱신을 해야 합니다. 칼프레쉬 전환혜택은 칼웍스와 일반 칼프레쉬 혜택이 수령 자격이 승인되면 현재 수혜 기간 5개월과 무관하게 혜택이 종료됩니다. 귀하의 칼프레쉬 수혜 자격 갱신 기간이 새로 부여됩니다.

**칼프레쉬 혜택 전환 종료 안내**

\_\_\_\_\_, 로부터 귀하의 현재 칼프레쉬  
(MM/DD/CCYY)

전환혜택 지급이 종료됩니다

사유는 다음과 같습니다:

- 귀하의 칼웍스 혜택 신청서가 승인되었습니다.
- 귀하의 칼프레쉬 혜택 신청서가 승인되었습니다.
- 귀하의 칼웍스 그리고/또는 칼프레쉬 혜택이 복구되었습니다.
- 기타 (아래를 참조하십시오)

이 고지에 오류가 있다고 생각하시면,  
카운티 사무소로 연락하십시오.

**규정사항:** 다음과 같은 규정이 적용됩니다:  
Title 7 CFR §273.26-§273.32. 복지국 사무소에서  
열람이 가능합니다.

## 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 보육 지원 (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 수령 금액을 상환해야 합니다. 주 심의회 개정 전에, 다음 중 귀하가 줄이거나 또는 종단을 희망하는 혜택이 있으면 표시하십시오:

예, 감소 또는 종단 희망:  현금보조  
 CalFresh  영유아 보육서비스

귀하가 기다리는 주 심의회 판결 결과가 다음의 혜택인 경우:

### '근로 연계 복지 (Welfare to Work)':

귀하는 근로활동에 참여하지 않아도 됩니다. 귀하가 이 통지서 수령 이전에, 카운티가 승인 고용 및 활동을 전제로 승인한 '영유아보육서비스' 지급금액을 수령할 수 있습니다. 만일 귀하가 기타 지원 서비스 지급금액 중단 통지를 받으셨다면, 귀하가 활동에 참여하더라도, 귀하는 더 이상 지급대상이 아닙니다.

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

- 지원 서비스를 받기 위해서는, 귀하는 카운티가 지정한 활동에 참여하셔야 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 한 하여만 지급됩니다.

### 기타 정보

'메디-칼' 보험관리프로그램 가입자: 본 통지서로 인한 행정 조치로 귀하가 가입한 보험관리프로그램 제공 서비스가 중단될 수도 있습니다. 자세한 사항은, 귀하가 가입된 보험관리프로그램 회원서비스에 문의하시기 바랍니다.

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

가족계획 (Family Planning): 귀하가 요청시, 복지 사무소는, 정보를 제공할 것입니다.

청문회 자료 (Hearing File): 귀하가 주 심의회를 요청하는 경우, 주정부 주 심의회 사무소는 귀하의 민원을 접수할 것입니다. 귀하는 심리 개시 전에 이 자료의 열람요청권한이 있으며, 청문회 최소 이틀 전에 귀하의 민원 관련 카운티의 서면 진술서 사본을 받아볼 수 있습니다. 주정부는 귀하의 청문회 관련 자료를 복지국과 미국 보건 복지 및 농무부에 제출할 수 있습니다. (복지및기관법령 제 10850과 10950 항).

## 주 심의회 요청 방법:

- 본 페이지를 작성하십시오.
- 귀하의 기록 보관용으로 본 페이지의 양 면을 모두 복사하십시오. 귀하가 요청하면, 귀하의 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 심리공청회 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       CalFresh       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 귀하의 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