

**칼프레쉬 (CALFRESH) 수혜  
대상 노인 및 또는/장애가 있는  
회원 가정 혜택 만료 고지**

카운티

고지 일자 : \_\_\_\_\_  
 고객 이름 : \_\_\_\_\_  
 고객 번호 : \_\_\_\_\_  
 담당자 이름 : \_\_\_\_\_  
 담당자 번호 : \_\_\_\_\_  
 고객 전화번호 : \_\_\_\_\_  
 주소 : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

(Addressee)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

궁금한 점이 있으십니까? 담당사무관에게 문의하여 주십시오.

**주 정부 행정 청문회: 본 조치에 오류가 있다고  
 생각되면 주 정부 행정 청문회를 요청할 수  
 있습니다. 3 페이지와 4 페이지에 방법이  
 설명되어 있습니다. 본 조치가 취해지기 전에  
 행정 청문회를 요청하는 경우, 복지 혜택은  
 변경되지 않을 수도 있습니다.**

1. 귀하의 칼프레쉬 혜택 기간은 아래 일자에 만료됩니다 \_\_\_\_\_.  
(월/일/년도)
2. 신청 양식을 빠짐없이 작성하여 카운티에 다음 일자까지 제출하여 주십시오: \_\_\_\_\_  
(월/일/년도)

신청서 제출이 지연되면 복지 혜택 지급이 지연될 수도 있습니다. 귀하가 신청서를 빠짐없이 작성하지 않는 경우, 귀하의 민원 건은 중단될 수 있습니다. 귀하의 민원 건이 중단되는 경우, 귀하는 여전히 수혜 자격 재심사 기간 마감일로부터 30일 이내에 필요한 절차를 완료할 수 있습니다. \ 지연 사유에 따라, 귀하는 신규 수혜 자격 승인 기간 첫 달에는 혜택의 일부만 지급될 수 있습니다.

3. 면담이 필요하지 않을 수 있습니다. 귀하가 제공하는 정보에 따라, 카운티는 귀하와 면담이 필요할 수도 있습니다. 면담은 귀하가 대면 상담을 요청하지 않는 경우, 전화로 진행됩니다. 귀하가 장애로 인하여 도움이 필요한 경우, 즉시 카운티에 통보하여 주십시오.
4. 면담을 희망하는 경우, 카운티에 연락하여 요청할 수 있습니다. 카운티가 귀하와 면담이 필요한 경우, 또는 귀하가 면담을 요청하는 경우, 귀하에게 면담일시를 통보하는 별도의 고지서를 발송해 드립니다.
5. 귀하가 고지된 면담 예약 일정을 지킬 수 없을 경우, 일정을 재조정하는 것은 귀하의 책임입니다.
6. 귀하가 변경 사항, 가령 소득이나 지출을 보고하는 경우, 귀하의 신청서에 관련 증명원을 동봉하여 주십시오. 변경 사항 증명원은 반드시 귀하의 수혜 자격 재심사 기간 마감일 전까지 제출해야 합니다. 해당 정보를 구하는데 도움이 필요한 경우, 카운티에 알려 주십시오. 카운티는 정보를 얻도록 도움을 드릴 수 있습니다.

**주요 규정 사항**

- 카운티는 귀하에게 다음 보고일자를 통보해 드립니다.
- 다음에 해당하는 상황이 발생하는 경우, 귀하는 복지 혜택 지속 여부 결정을 최장 30일 동안 기다려야 할 수 있습니다.

- 귀하가 재심사 신청서에 보고한 변경 사항 관련 증빙서류를 혜택 만료 기간 전에 제출하지 않은 경우
- 귀하는 면담이 필요하다는 고지를 받았으나 면담을 완료하지 않았습니다.
- 귀하는 카운티에 신청서를 요청할 법적 권리가 있습니다. 카운티는 귀하가 서명하였거나, 최소한 귀하의 성명과 주소, 서명이 있는 경우, 반드시 귀하의 신청서를 접수해야 합니다.
- 귀하, 또는 귀하의 법적 대리인은 카운티에 칼프레쉬 신청서를 제출할 법적 권리가 있으며, 이는 직접 방문, 우편송달, 팩스송달, 또는 귀하의 카운티가 접수 가능한 기타 전자매체를 통해 가능합니다 (이메일 또는 온라인 신청서 접수는 <http://www.benefitscal.org> 사이트에서 가능합니다). 혜택 지급 기간은 카운티가 신청서를 접수한 날로부터 계산됩니다.
- 귀하의 가구에 Supplemental Security Income (SSI – (고령자 및 장애자를 위한)보조적 보장 소득)을 수령하는 성원이 포함되어 있는 경우, 귀하 또는 귀하의 위임 대리인은 Social Security Administration office(사회보장국 사무소) 어디에서나 CalFresh(칼프레쉬) 혜택을 신청할 법적 권리가 있습니다.

---

규정: 다음의 규정이 적용됩니다, 칼프레쉬 MPP조항 : 63-300.3, 63-504.25, 63-504.251, 63-504.6, 63-504.61. 본 조항은 [cdss.ca.gov](http://cdss.ca.gov) 사이트에서 온라인 또는 지역 카운티 사무소에서 확인하실 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 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