

# 칼프레쉬 수혜 가족 노인 및/또는 장애인이 있는 가정 대상 수혜 자격 만료 고지

카운티

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

(Addressee)

궁금한 점이 있으십니까? 담당직원에게 의하십시오.

**주 정부 심리공청회: 본 조치가 잘 못 되었다고 생각하시면 주 정부심리공청회를 요청할 수 있습니다.페이지 뒷면에 방법이 설명되어 있습니다.본 조치가 취해지기 전에 심리를 요청할 경우 귀하의 혜택은 변경되지 않을 수도 있습니다.**

## 특별 고지

귀하의 수혜 자격을 유지하려면 자격갱신 심사 인터뷰는 필요하지 않습니다. 귀하의 카운티 정보에 따르면 **재심사 면담 신청서**를 제출해야 합니다.

1. 귀하의 칼프레쉬수혜 자격 기간은 \_\_\_\_\_ 만료됩니다.  
(월/일/년도)
2. 귀하와 자격 심사 면담이 요구됩니다. 면담은 직접 방문을 원하시는 경우를 제외하고 전화로 진행됩니다. 장애로 인하여 도움이 필요하시면, 바로 카운티에 보고하여 주십시오.

## 진행 절차

1. 신청서를 빠짐없이 작성하시어 혜택이 만료되는 마지막 달 \_\_\_\_\_ 1일까지 카운티에 (월/일/년도) 제출하여 주십시오, 신청서 제출이 지연되면, 혜택지급이 지연될 수 있습니다.
2. 면담 예정 일자와 시간을 고지하는 통지서를 한 통 더 받게 됩니다. 본 고지서 수령 후, 10일 이내에 예약일정 안내 고지를 받지 못 하면, 바로 담당자에게 연락하시기 바랍니다.
3. 귀하가 고지된 일정대로 면담을 진행하기 어려운 경우,일정을 재조정하는 것은 귀하의 책임입니다.
4. 귀하가 소득이나 지출의 변화를 보고하는 경우, 신청서와 함께 증빙서류를 제출하여 주시기 바랍니다.변경 사항 증빙서류는 수혜 자격 만료 전에 제출하여야 합니다.증빙자료를 구비하는데 도움이 필요하시면 카운티 사무소에 연락하십시오.

## 주요 규정 사항

- 카운티사무소가 귀하의 보고 시기를 고지할 것입니다.해당 보고 시기에 카운티사무소가 제공한 양식을 작성하여 제출하여야 합니다.
- 다음과 같은 경우 발생 시, 귀하의 수혜 자격 재심사 신청서최종 결과를 최대 30일까지 기다려야 할 수 있습니다. 아울러, 귀하의 신규 수혜 기간이 시작되는 첫 달 혜택이 일부만 지급될 수 있습니다.
  - 귀하가 면 담요구 고지를 받고,수혜만료기간 10일 이전에 면담을 완료하지않은경우
  - 재심사 기간이 만료되기 전에 필요한 증명서를 제출할 필요가 없습니다.
- 귀하는 카운티 사무소에서 신청서를 교부 받을 권리가 있고, 카운티는 제출한 신청서를 접수할 의무가 있습니다. 신청서는 반드시 서명을 해야 하며, 최소한 귀하의 성명과 주소, 그리고 서명이 있어야 합니다.
- 귀하 또는 귀하에게 위임 받은 법적 대리인은 해당 칼프레쉬(CalFresh) 신청서를 직접 방문접수, 우편 송달, 팩스 또는 거주 카운티에 접수 가능한 기타 전송 방법을 통해 접수할 법적 권리가 있습니다 (신청서 접수는 이메일, 또는 온라인 전자 매체를 통해 <http://www.benefitscal.org> 에서 가능합니다).
- 귀하의 가구 구성원이 SSI 수혜자로만 구성되어 있는 경우, 귀하 또는 귀하의 대변인은 사회보장국(Social Security Administration)에서 칼프레쉬 혜택을 신청할 권리가 있습니다.

**규정:** 다음의 규정이 적용됩니다. 칼프레쉬 조항: MPP63-300.3, 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 못 한 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