

중요 고지

행정 자격박탈 심의회 권리포기각서 – 칼웍스(CALWORKS)/칼프레쉬(CALFRESH)

주의하여 읽어주십시오. 본 권리포기각서에 서명하는 것은 귀하의 권리에 영향을 미칠 수 있습니다.

일자: _____
심의회 사건 번호: _____

_____의 의견으로는 귀하, _____, 가(이) 고의적 프로그램 위반(Intentional Program Violation:IPV)을 하였다고 봅니다. 다시 말해, 카운티는 귀하가 의도적으로 카운티에 잘못된 정보를 제공하였거나, 사실대로 보고하지 않았다고 주장하는 입장입니다.

카운티가 의미하는 “고의적”이란 말은 귀하의 행위가 의도적으로 이루어졌음을 뜻합니다. 칼웍스 프로그램의 경우, 귀하의 이러한 의도에는 가족의 칼웍스 수혜 자격을 설정하거나 유지할 목적으로, 또는 보조금 지급액을 상향조정하거나 하향조정되지 않도록 하기 위한 목적이 있었다는 의미이기도 합니다. 이 결과, 칼웍스 혜택에서 _____가 초과 지급되었고/ 또는 칼프레쉬 프로그램에서 _____를 초과 배급하였습니다.

카운티는 초과 지급 또는 초과 배급이 없는 경우에도 자격박탈 행정 집행을 할 수 있습니다. IPV로 인한 자격박탈 처벌은 위반 사항이 첫 번째, 두 번째 또는 세 번째 위반인지, 또는 위반 행위를 동반하는 상황에 따라 6 개월, 12 개월, 24 개월, 4 년, 10 년, 또는 영구적으로 자격박탈이 적용될 수 있습니다. 귀하는 아울러, 한 가지 또는 두 가지 모두의 프로그램에서 자격박탈 대상이 될 수도 있습니다.

귀하는 행정 자격박탈 심의회(Administrative Disqualification Hearing: ADH)를 통해 판결을 요청할 권리가 있습니다. 그러나, 본 고지서 2 페이지에 서명함으로써 해당 심의회에 대한 권리를 포기할 수도 있습니다. 귀하가 IPV를 범했다는 것을 인정할 필요는 없습니다. 귀하가 권리포기각서에 서명하면, 귀하는 본 고지서 하단에 명시된 기간 동안 칼웍스 및 /또는 칼프레쉬 수혜 자격을 상실하게 됩니다. 귀하가 본 고지서에 서명하면 심의회는 개최되지 않습니다.

귀하가 본 권리포기각서에 서명하고 ADH에 대한 권리를 포기하는 경우, 다음 사항을 숙지해야 합니다:

- 귀하가 수혜 자격을 상실하였더라도 귀하의 세대 소득과 자원은 귀하의 자격과 혜택을 산정할 때 지속적으로 반영됩니다
- 귀하의 세대에 다른 구성원이 있는 경우, 귀하의 수혜 자격 상실 기간 동안 귀하의 가족에게 지급되는 칼웍스 및 칼프레쉬 지급 금액이 하향 조정되거나 중단될 수 있습니다
- 귀하는 그 위반 혐의 사실(들)에 관해 침묵권을 행사할 수 있습니다; 그러나 귀하가 진술하거나 서명한 모든 사실은 법정에서 귀하에게 불리하게 적용될 수 있습니다
- 본 진술서에 서명을 하더라도, 카운티 정부, 주 정부 또는 연방 정부는 귀하를 법원에 IPV 위반 행위로 기소하거나, 초과 지급금 또는 초과 배급금을 징수할 수 있습니다.
- 칼프레쉬 초과 배급의 경우, 귀하는 근로 소득 공제 대상이 아니므로, 귀하가 환급해야 하는 금액이 증액됩니다.

귀하가 본 ADH 심의회를 통한 판결 요청 권리 포기 각서에 서명하지 않기로 결정하는 경우

귀하의 현재 수혜 자격은 변경되지 않으며, 심의회 판결까지 유보됩니다:

- 귀하가 본 권리포기각서에 서명하지 않는 경우, 귀하의 심의회 참석 여부에 관계없이 심의회가 개최됩니다.
- 귀하가 심의회에 참석하지 않는 경우, 본 고지서 2 페이지 하단에 명시된 카운티 담당사무관에게 진술서를 제출할 수도 있습니다. 심의회에 접수된 증거자료를 근거로 한 판결문이 귀하에게 발송됩니다.
- 귀하의 심의회가 일정이 예정되기 전에 카운티가 귀하에게 본 양식을 발송하는 경우, 귀하는 CDSS가 발송하는 귀하의 심의회 일자, 시간 및 장소를 명시한 고지서를 별도로 받게 될 것입니다. 귀하가 본 권리포기각 서에 서명하는 경우, 처벌은 다음과 같이 집행됩니다:

칼프레쉬 고지 – 다른 세대 구성원 대상
 귀하와 귀하 세대의 다른 성인 세대 구성원은 동봉된 DPA 435 양식의 IPV 위반혐의 항목 E란에 명시한 기간 동안 (귀하 또는 자격을 상실한 개인이 동거인이 아닌 경우라도) 귀하의 가족에게 추가 지급된 칼프레쉬 수혜 금액을 환급해야 하는 책임이 있습니다. 단, 칼프레쉬 추가 지급금을 이미 환급한 경우는 제외됩니다.

귀하의 심의회 권리를 포기하고자 하는 경우, 본 권리포기각서에 서명하여 동봉된 칼웍스 및/또는 칼프레쉬 행정 자격박탈 심의회 고지(Notice of CalWORKs and/or CalFresh Administrative Disqualification Hearing)일자로부터 달력 기준일 20일 이내에 캘리포니아 사회 복지국(California Department of Social Services)으로 반송하여 주십시오. 달력일 기준 20일 이내에 권리포기각서를 서명하지 않는 경우, 심의회는 일정대로 집행됩니다. 귀하가 세대주가 아닌 경우, 반드시 세대주가 포기각서에 서명해야 합니다.

귀하가 본 권리포기각서에 서명하는 경우, 귀하는 칼웍스 및/또는 칼프레쉬 프로그램(들) 수혜 자격을 1 페이지에 명시된 기간 동안 상실하게 되며, 귀하의 세대가 수령하던 혜택은 하향 조정됩니다. 이는 카운티가 제시하는 사실을 귀하가 인정하지 않는 경우라 할지라도 적용됩니다.

행정 자격박탈 심의회 권리포기각서

본인이 본 양식에 서명하는 것은 온전히 자발적이며, 본인이 본 양식에 서명하지 않는 것은 본인의 수혜 자격에 영향을 미치지 않는다는 사실을 이해합니다.

다음에 해당하는 사항에 표시하여 주십시오:

- 본인은 제시된 사실을 인정하며, 본인이 본 권리포기각서에 서명하는 경우, 자격박탈 처벌이 집행된다는 사실을 이해합니다.
- 본인은 제시된 사실이 정확하다고 인정하지 않습니다. 하지만, 본인의 선택으로 권리포기각서에 서명하는 것이며, 이는 자격박탈이라는 처벌 집행을 초래한다는 것을 이해하고 있습니다.

본인은 다음의 사실을 이해하고 숙지하고 있습니다:

1. 카운티는 제가 고의적 프로그램 위반을 한 사실(IPV)이 있다고 주장하고 있습니다.
2. 본인은 동봉된 카운티가 주장하는 고의적 프로그램 위반(DPA 435)사실, 증거자료와 증거물 목록을 포함하는 내용의 사본을 검토하였습니다. 본인이 증거자료를 검토하고 싶거나 본 행정절차에 대해 논의하고자 하는 경우, 본 양식 하단에 명시된 카운티 담당사무관에게 연락할 수 있습니다.
3. 본인은 이에 자발적으로 본인의 칼웍스 및/또는 칼프레쉬 행정 자격박탈 심의회 판결 요청 권리를 포기합니다
4. 본인이 본 권리포기각서에 서명하였더라도 이후 이를 번복하여 ADH를 요청할 수 있다는 것을 이해하고 있으며, 요청은 본 권리포기각서 서명일자로부터 사무소 업무일 기준 7일 이내에 주 정부 심의회 부서(State Hearings Division)전화 (800) 743-8525 (수신자 부담 무료전화) 으로 통지할 수 있다는 것을 이해하고 있습니다.

본 양식이 의미하는 바를 이해하지 못 하는 경우, 본 양식에 서명하지 마십시오!

응답자 서명	일자
세대주(HOH)/ 친인척 간호인(CR) 자필 서명 (응답자가 세대주나 친인척 간호인이 아닌 경우 이에 해당하는 개인들이 서명해야 합니다.)	일자

본 권리포기각서를 서명한 후, 동봉된 봉투에 넣어 반송하여 주십시오.

귀하가 **ADH** 또는 본 권리포기각서요청에 대한 문의사항이 있거나, 추가 질문이 있는 경우, 카운티 수신자 부담 무료 전화번호 _____ 에 전화하여, _____ 를 찾으십시오. 심의회 진행 절차 사본을 원하시는 경우, (800) 743-8525 으로 요청하십시오.