

통지 날짜 : _____
 케이스 이름 : _____
 사례 번호 : _____
 직원 이름 : _____
 번호 /ID: _____
 전화 : _____
 24 시간 정보 : _____
 주소 : _____

궁금한 사항은 담당자에게 질문하거나 위 번호로 연락하십시오.

주 청문회 : 본 조치가 잘못되었다고 생각하실 경우, 청문회를 요청하실 수 있습니다. 이 페이지 뒷면에 요청 방법이 있습니다. 이 조치가 취해지기 전에 청문회를 요청할 경우, 지원금이 변경되지 않을 수 있습니다.

매주 또는 격주로 봉급을 받는 경우 귀하의 월간 소득을 계산하는 방법은 다음과 같습니다.

우선, 한 달간 얻은 소득을 모두 더한 후 봉급을 받은 총 횟수로 나눕니다. 그 후 이 금액에 한 달간 봉급을 받은 평균 횟수를 곱합니다.

- 매주 봉급을 받는 경우 한 달에 4 회 또는 5 회를 받을 수 있습니다. 4.33 이 한 달간 봉급을 받은 평균 횟수입니다.
- 격주로 봉급을 받는 경우 한 달에 2 회 또는 3 회를 받을 수 있습니다. 2.167 이 한 달간 봉급을 받은 평균 횟수입니다.

다음은 귀하의 정보입니다.

_____ 소득 보고	\$ _____
_____	\$ _____
_____	\$ _____
_____	\$ _____
_____	+\$ _____
_____	=\$ _____
_____	÷ _____
_____	=\$ _____
_____	X _____
_____	=\$ _____

보고된 합계
 보고된 지급 횟수
 주간 금액
 곱할 수
 월간 금액

월간 현금 보조 금액

섹션 A. 가산 소득, 월 : _____

- 총 자영업 소득 \$ _____
- 자영업 경비 :
 - 40% 표준 - _____
 - 실제 - _____
- 자영업 순수입 = _____
- 총 장애 기반 불로 소득 (DBI)
(지원 단체 + 비지원 단체 회원)..... \$ _____
- \$225 DBI 무시 (항목 4 가 \$225 보다 큰 경우)..... - _____
- 비면제 장애 기반 불로 소득 = _____
- 또는
- 사용하지 않은 DBI 무시..... = _____
- 자영업 순수입 (위에서)..... + _____
- 총 기타 근로 소득 + _____
- 사용하지 않은 금액 \$225(항목 7 에서)..... - _____
- 소계 = _____
- 근로 소득 무시 50%..... - _____
- 소계 = _____
- 비면제 장애 기반 불로 소득
(항목 6 에서)..... + _____
- 소계 = _____
- 기타 비면제 소득 (지원 단체 + 비 지원 단체 회원)..... + _____

순 가산 소득

섹션 B. 귀하의 현금 보조, 월 : _____

- 최대 보조 _____ 명
(지원 단체 + 비지원 단체 회원)..... \$ _____
- 특수 요구 (지원 단체 + 비지원 단체 회원)..... + _____
- 섹션 A(위)의 순 가산 소득 - _____
- 소계 = _____
- 최대 지원 _____ 명 (지원 단체만 해당)
(MFG 또는 처벌자 제외)..... \$ _____
- 특수 요구 (지원 단체만 해당)..... + _____
- 최대 지원 소계 = _____
- 한 달 지원 소계**
(항목 4 또는 7 의 최저 금액)..... = _____
- 월의 일부 기간에 대해 항목 8 비례 배분 = _____
- 조정 : 25% 자녀 양육비 벌금 - _____
- 기타 벌금 - _____
- 초과 지불 - _____
- 학교 보너스 (\$100 또는 \$500)..... + _____
- 월간 현금 보조 금액**
(항목 8 또는 9 조정됨)..... \$ _____
- 현재 현금 보조 금액 (이 금액이 항목 11 보다 큰 경우 귀하의 현금 보조는 변경되지 않습니다)..... = _____

심리를 신청할 권리

귀하가 카운티의 조치에 동의하지 않는 경우에는 심리를 신청할 권리가 있습니다. 귀하는 90일 이내에 심리를 신청해야 합니다. 이 90일의 기간은 해당 카운티가 이 통지서를 전달 또는 우송한 날로부터 시작됩니다. 귀하가 심리를 90일 이내에 신청할 수 없었던 정당한 사유가 있는 경우에는 이 기간이 지난 후에도 심리를 신청할 수 있습니다. 정당한 사유를 제시하면 계속 심리 일정을 정할 수 있습니다.

Cash Aid(현금 보조), Medi-Cal(메디칼), CalFresh(푸드스탬프) 또는 Child Care(보육)에 대한 조치를 취하기 전에 심리를 신청하는 경우:

- Cash Aid 또는 Medi-Cal은 귀하가 심리를 기다리는 동안 동일하게 유지됩니다.
- Child Care 서비스는 귀하가 심리를 기다리는 동안 동일하게 유지될 가능성이 있습니다.
- CalFresh(푸드스탬프)는 귀하가 심리일 또는 증명 기간 종료일 중에서 더 이른 날짜까지 동일하게 유지됩니다.

심리에서 저희가 옳다는 판정을 받는 경우, 귀하는 추가로 받은 **Cash Aid, CalFresh(푸드스탬프) 또는 Child Care Services**를 저희에게 반환해야 합니다. 심리를 시작하기 전에 귀하의 혜택을 축소 또는 중단하려면 아래에 표시하십시오.

축소 또는 중단 혜택: Cash Aid CalFresh(푸드스탬프)
 Child Care

다음의 혜택에 대한 심리의 판정을 기다리는 동안:

Welfare to Work(근로 연계 복지):

귀하는 근로 활동에 참여할 필요가 없습니다.

귀하는 이 통지서를 받기 전에 카운티가 승인한 취업 및 근로 활동을 위한 보육 지급금을 받을 수 있습니다.

저희가 귀하에게 다른 지원 서비스에 대한 지급금이 중단될 것이라고 알려준 경우, 귀하는 근로 활동에 참여하더라도 더 이상 지급금을 받을 수 없습니다.

저희가 다른 지원 서비스 비용을 지급할 것이라고 귀하에게 알려준 경우, 그 서비스는 저희가 이 통지서에서 귀하에게 알려준 방법으로 해당 금액을 지급 받을 것입니다.

- 서비스를 받기 위해서는 카운티가 귀하에게 참석하라고 알려준 근로 활동에 가야 합니다.
- 귀하가 심리에 대한 판정을 기다리는 동안 카운티가 지불하는 지원 서비스 금액이 귀하가 근로 활동에 참여하기에 충분하지 않은 경우, 귀하는 근로 활동에 가는 것을 중단할 수 있습니다.

Cal-Learn:

- 저희가 귀하에게 서비스를 제공할 수 없다고 알려준 경우, 귀하는 Cal-Learn 프로그램에 참여할 수 없습니다.
- 저희는 승인된 학습 활동에 대한 Cal-Learn 지원 서비스 비용만을 지급할 것입니다.

기타 정보

Medi-Cal 관리진료 플랜 가입자: 이 통지서에 기재된 조치는 귀하가 관리진료 건강플랜으로부터 서비스를 받는 것을 중단시킬 수도 있습니다. 질문이 있으면 귀하의 건강플랜 가입자 서비스에 연락할 것을 권장합니다.

아동 지원 및/또는 의료 지원: 지역 아동 지원 기관은 귀하가 현금 보조를 받고 있지 않더라도 양육비를 징수하는 것을 무료로 지원할 것입니다. 아동 지원 기관이 현재 귀하를 대신해서 양육비를 징수하고 있는 경우, 이 기관은 귀하가 서면으로 중단하라고 할 때까지 계속 양육비를 징수할 것입니다. 이 기관은 징수한 현재의 양육비를 귀하에게 보낼 것이나, 카운티에 지불해야 하는 연체된 양육비를 징수하는 경우에는 이 기관이 보유합니다.

가족계획: 귀하의 복지사무소는 귀하가 요청하는 경우 이에 대한 정보를 보낼 것입니다.

심리 파일: 귀하가 심리를 신청하는 경우, 주 심리국은 파일을 작성할 것입니다. 귀하는 심리를 열기 전에 이 파일을 보고, 또한 심리를 열기 최소한 2일 전에 귀하의 케이스에 대한 카운티의 입장 진술서 사본을 받을 권리가 있습니다. 주정부는 귀하의 심리 파일을 복지국과 연방 보건복지 및 농무부에 제공할 수도 있습니다. (**복지 및 기관법 제10850 및 10950조.**)

심리 신청 방법:

- 이 페이지를 작성하십시오.
- 기록을 남기기 위해 이 페이지의 앞면과 뒷면을 복사하여 보관하십시오. 귀하가 요청하는 경우, 케이스 워커가 이 페이지의 사본을 제공할 수 있습니다.
- 이 페이지를 다음의 주소로 발송하거나 직접 제출하십시오:

또는

- 무료 전화 **1-800-952-5253** 또는 **1-800-952-8349**(TDD를 사용하는 청각 또는 언어 장애인용)로 전화하십시오.

도움이 필요한 경우: 귀하에 위에 기재된 무료 주 전화번호를 사용하여 심리권에 대해 질문하거나 법률 지원 소개를 요청할 수 있습니다. 귀하는 지역 법률 지원 사무소 또는 복지권 사무소에서 무료로 법률 지원을 받을 수도 있습니다.

귀하가 심리에 혼자 출석하기를 원치 않는 경우에는 친구 또는 다른 사람과 동행할 수 있습니다.

심리 신청서

본인은 다음의 혜택에 대한 _____ 카운티 복지국의 조치와 관련하여 심리를 받기를 원합니다.

- Cash Aid (현금 보조) CalFresh (푸드스탬프)
 Medi-Cal (메디칼)
 기타(이곳에 기재) _____

심리 신청 사유: _____

- 공간이 더 필요하시면 이곳에 표시하고 페이지를 추가하십시오.
- 본인은 주가 무료로 통역사를 제공해 주기를 원합니다. (친척 또는 친구는 심리에서 귀하를 위해 통역할 수 없습니다.)

본인이 사용하는 언어 또는 방언: _____

혜택이 거부, 변경 또는 중단된 사람의 이름

생년월일 _____ 전화번호 _____

주소 _____

시 _____ 주 _____ 우편번호 _____

서명 _____ 날짜 _____

이 양식을 작성한 사람의 이름 _____ 전화번호 _____

- 본인은 아래에 기명된 사람이 이 심리에서 본인을 대리하기를 원합니다. 본인은 이 사람이 본인의 기록을 보거나 본인을 대신해서 심리에 출석하는 것을 허락합니다. (이 사람은 친구 또는 친척일 수 있으나, 귀하를 위해 통역할 수는 없습니다.)

이름 _____ 전화번호 _____

주소 _____

시 _____ 주 _____ 우편번호 _____