

## 근로 연계 복지(WTW)24개월 기한 종료 예고 통지서 (NOTICE OF YOUR WELFARE-TO-WORK (WTW) 24-MONTH TIME CLOCK ENDING SOON)

날짜	
카운티	
사례명	
사례 번호	기타 ID 번호
사회 복지사 이름	사회 복지사 전화번호 ( )

궁금한 점이 있으십니까? 담당 사회복지사에게 문의하십시오.

### 본 통지서는 귀하의 WTW 24개월 기한에 대한 정보를 제공합니다.

\_\_\_\_\_ 일 현재, 카운티에서는 \_\_\_\_\_ 님께  
(날짜) (참여자 이름)  
WTW 24개월 기한 중 총 \_\_\_\_\_ 개월이 남아 있는 것으로 산정하고 있습니다. 일단 WTW 24개월 기한 중 24개월을 전부 사용하면,  
(개월 수)  
귀하가 WTW를 면제 받거나 WTW 24개월 기한에 대해 연장 자격이 되는 경우가 아닌 한, 계속 보조금을 받으려면 별개의 요건들을 충족시켜야 합니다.

25번째 달부터는 CalWORKs에 대한 연방 기준을 충족시켜야 합니다. 귀하는 이러한 요건들에 따라 매주 동일한 총 시간 수만큼 프로그램에 참여해야 하며, 주요 활동(core activity) 시간 수에 대한 요건도 충족시켜야 합니다. 아래 표에는 CalWORKs 연방 기준에 부합하는 참여 시간 요건으로 주당 총 참여 시간 수와 주당 주요 활동 시간 수가 포함되어 있습니다.

가정 내 성인 수 (지원 단위)	주당 요구되는 총 참여 시간 수	주당 요구되는 주요 활동 시간 수
독신 성인, 6세 미만 아동이 있음	20	20
독신 성인, 6세 미만 아동이 없음	30	20
양친 부모 가족	35	30

귀하가 참여할 수 있는 주요 활동(core activity)에는 교육, 취업, 현장 실습, 구직 및 지역 사회 봉사 활동 등이 포함되어 있습니다. 구직 및 취업 준비 관련 활동을 포함한 일부 활동의 경우, 주요 활동으로 간주될 수 있는 기간에 제한이 있습니다. 직업 교육 및 훈련의 경우, 귀하가 12 개월에 해당하는 생애 한도(lifetime limit)를 이전에 사용하지 않았을 때에만 주요 활동으로 간주될 수 있습니다.

귀하의 WTW 24 개월 기한(24-Month Time Clock)을 전부 사용한 후, 허용되는 주요 활동에 대해 필수 참여 시간 수를 충족시키지 않으면 보조금 일부가 없어짐으로써 귀하의 현금 보조(cash aid) 금액이 줄어드는 결과를 초래할 것입니다.

### 다음의 경우에 담당 사회 복지사에게 즉시 연락하십시오.

- 본인의 WTW 24개월 기한을 전부 사용했을 때, 충족시켜야 하는 CalWORKs 연방 기준의 참여 요건에 대해 더 자세한 정보가 필요한 경우.
- CalWORKs 연방 기준을 충족시키기 위해 WTW 플랜을 변경하고자 하는 경우. 이러한 변경을 통해 귀하의 WTW 24 개월 기한에서 남은 개월 수를 보존할 수 있습니다.
- 귀하가 사용한 개월에 대해 자세한 정보가 필요한 경우.
- WTW 24 개월 기한에 포함되는 개월 수가 없어야 한다고 생각되는 경우.
- WTW 참여 면제 대상이어야 하나 아직 면제를 신청하지 않았다고 생각하는 경우, 혹은 WTW 참여 면제에 대해 자세한 정보가 필요한 경우. 또한, 동봉된 면제 신청서(exemption request form)에 서명 및 날짜를 기입하여 담당 사회 복지사에게 발송할 수 있습니다.
- WTW 24 개월 기한 연장을 신청하는 방법에 대해 더 자세한 정보가 필요한 경우.

본 통지서에 문제가 있다고 생각하는 경우 담당 사회 복지사에게 연락하십시오. 귀하는 주 심의회(STATE HEARING)를 요청할 수도 있습니다. 본 페이지 뒷면의 “귀하의 심의회 권리” 양식에 주 심의회 요청 방법에 대한 설명이 있습니다.

## 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 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 혜택은 귀하가 심리일 또는 증명 기간 종료일 중에서 더 이른 날짜까지 동일하게 유지됩니다.

심리에서 저희가 옳다는 판정을 받는 경우, 귀하는 추가로 받은 **Cash Aid, CalFresh 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  
 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 권합니다.

**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 것입니다.
- 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

Medi-Cal (메디칼)

기타(이곳에 기재) \_\_\_\_\_

심리 신청 사유: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

공란이 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
---	---	------