

ANG MGA KARAPATAN NINYO SA PAGDINIG

May karapatan kayong humiling ng pagdinig kung hindi kayo sangayon sa anumang aksyon ng county. 90 araw lamang ang mayroon kayo para humiling ng pagdinig. Nagsimula ang 90 araw noong sumunod na araw pagkatapos ibigay o ipadala ng county sa koreo ang abisong ito sa inyo. Kung mayroon kayong mabuting dahilan kung bakit hindi kayo nakapag-file para sa pagdinig sa loob ng itinakdang 90 araw, maaari pa rin kayong mag-file para sa pagdinig. Kung makapagbigay kayo ng mabuting dahilan, maaari pa ring magtakda ng pagdinig.

Kung humiling kayo ng pagdinig bago mangyari ang aksyon tungkol sa Cash Aid, Medi-Cal, CalFresh, o Child Care:

- Hindi magbabago ang inyong Cash Aid o Medi-Cal habang hinihintay ninyo ang pagdinig.
- Maaaring hindi magbago ang inyong Child Care Services habang hinihintay ninyo ang pagdinig.
- Hindi magbabago ang inyong mga benepisyo sa CalFresh hanggang sa pagdinig o sa katapusan ng takdang panahon para sa pagpapatunay ninyo, alinman ang mauna.

Kung ang desisyon sa pagdinig ay nagpapahayag na tama kami, kayo ay magbabayad sa amin para sa anumang ekstra na Cash Aid, CalFresh o Child Care Services na natanggap ninyo. Para pahintulutan kaming babaan o ihinto ang mga benepisyo ninyo bago gawin ang pagdinig, lagyan ng check sa ibaba:

Oo, babaan o ihinto: Cash Aid CalFresh
 Child Care

Habang Hinihintay Ninyo ang Desisyon sa Pagdinig para sa: Welfare to Work:

Hindi kayo kailangang sumali sa mga gawain.

Maaari kayong tumanggap ng bayad para sa pagpapaalaga ng bata para sa trabaho at mga gawain na inaprobahan ng county na nauna sa abisong ito.

Kung ipinabatid namin sa inyo na ihihinto ang mga bayad para sa inyong mga ibang serbisyong pansuporta, hindi na kayo makakatanggap ng mga bayad, kahit na pumunta kayo sa gawain ninyo.

Kung ipinabatid namin sa inyo na babayaran namin ang inyong mga ibang serbisyong pansuporta, babayaran ang mga ito sa halaga at sa paraan na binanggit namin sa inyo sa abisong ito.

- Para makuha inyong mga serbisyong pansuporta, dapat kayong pumunta sa gawaing sinabi sa inyo ng county na daluhan.
- Kung ang halaga ng mga serbisyong pansuporta na ibinabayad sa inyo ng county habang hinihintay ninyo ang desisyon sa pagdinig ay hindi sapat para mapahintulutan kayong sumali, maaari kayong huminto sa pagpunta sa gawain.

Cal-Learn:

- Hindi kayo maaaring sumali sa Cal-Learn Program kung ipinabatid namin sa inyo na hindi namin kayo mapaglilingkurang.
- Mga serbisyong pansuporta ng Cal-Learn para sa isang aprobadong gawain lamang ang babayaran namin.

IBA PANG IMPORMASYON

Mga Myembro ng Medi-Cal Managed Care Plan: Maaaring itigil ng aksyon nasa abisong ito ang inyong kakayahang makakuha ng serbisyo mula sa inyong managed care health plan. Maaaring gustuhin ninyong kontakin ang membership services ng inyong health plan kung mayroon kayong mga tanong.

Suporta sa Bata at/o para sa Paggamot: Tutulong ang lokal na ahensiya ng suporta sa bata na kumolekta ng suporta na walang bayad kung hindi kayo tumatanggap ng tulong na salapi (cash aid). Kung Kung nangongolekta na sila ngayon ng suporta para sa inyo, patuloy nilang gagawin ito maliban kung sabihin ninyo sa kanila na huminto sa pamamagitan ng isang kasulatan. Ipadadala nila sa inyo ang inyong kasalukuyang suportang pera na nakolekta pero patuloy na mangongolekta ng atrasadong bayad na dapat bayaran sa county.

Family Planning: Bibigyan kayo ng impormasyon ng inyong opisina ng welfare kapag humiling kayo nito.

File para sa Pagdinig: Kung humiling kayo ng pagdinig, gagawa ang State Hearing Division ng file. May karapatan kayong makita itong file bago gawin ang inyong pagdinig at makakuha ng kopya ng nakasulat na palagay ng county sa kaso ninyo nang dalawang araw man lamang bago gawin ang pagdinig. Maaaring ibigay ng estado ang inyong file para sa pagdinig sa Welfare Department at sa U.S. Departments of Health and Human Services and Agriculture. **(W&I Code Sections 10850 and 10950.)**

NA BACK 9 (ACA/ MEDI-CAL) (Tagalog) (11/16) - REQUIRED FORM - NO SUBSTITUTE PERMITTED

PARA HUMILING NG PAGDINIG:

- Sagutan ang pahinang ito.**
- Gumawa ng kopya ng harap at ng likod ng pahinang ito para sa inyong mga talaan.
Kung hihilingin ninyo, kukuha ang tauhang mayhawak sa kaso ninyo ng kopya nitong pahina para sa inyo.
- Ipadala o dalhin ang pahinang ito sa:**
California Department of Social Services
State Hearings Division, ACAB
744 P Street, MS 9-17-97
Sacramento, CA 95814
O I-fax sa: 1-916-651-2789
- Tumawag nang libre sa: 1-855-795-0634** o para sa may kapansanan sa pandinig o pananalita na gumagamit ng TDD, sa **1-800-952-8349.**

Para Makakuha ng Tulong: Maaari kayong magtanong tungkol sa inyong mga karapatan sa pagdinig o para irekomenda sa legal na tulong sa mga libreng numero ng telepono ng estado na nakalista sa itaas. Maaari kayong makakuha ng libreng tulong tungkol sa batas sa lokal na opisina ng legal na tulong o mga karapatan sa kapakanan.

Kung ayaw ninyong pumunta nang nag-iisa sa pagdinig, maaari kayong magsama ng kaibigan o ng sinuman.

KAHILANGAN PARA SA PAGDINIG

Gusto ko ng pagdinig dahil sa isang aksyon ng Welfare Department ng County ng _____ tungkol sa aking:

- Cash Aid CalFresh Medi-Cal
 Iba pa (ilista) _____

Narito Ang Dahilan: _____

- Kung kailangan ninyo ng karagdagang espasyo, lagyan ng check dito at magdagdag ng pahina.**
- Kailangang bigyan ako ng estado ng isang tagapagsalin-wika (interpreter) nang wala akong babayaran. (Hindi maaaring magsalin para sa inyo ang isang kamag-anak o kaibigan sa pagdinig.)
Ang aking wika o diyalekto ay: _____

PANGALAN NG TAO NA ANG MGA BENEPISYO AY TINANGGIHAN, BINAGO O IHININTO

PETSA NG KAPANGANAKAN	NUMERO NG TELEPONO
-----------------------	--------------------

TIRAHAN

LUNGSOD	ESTADO	ZIP CODE
---------	--------	----------

PIRMA	PETSA
-------	-------

PANGALAN NG TAONG NAGSASAGOT SA FORM NA ITO	NUMERO NG TELEPONO
---	--------------------

- Ang taong nakapangalan sa ibaba ang gusto kong gumanap na kinatawan ko sa pagdinig na ito. Pinahihintulutan ko ang taong ito na makita ang aking mga talaan o pumunta sa pagdinig para sa akin. (Ang taong ito ay maaaring isang kaibigan o kamag-anak pero hindi maaaring magsalin para sa inyo.)**

PANGALAN	NUMERO NG TELEPONO
----------	--------------------

TIRAHAN

LUNGSOD	ESTADO	ZIP CODE
---------	--------	----------