

THÔNG BÁO HÀNH ĐỘNG

QUẬN

Ngày Ra Thông Báo : _____
 Tên Hồ Sơ : _____
 Số Hồ Sơ : _____
 Tên Nhân Viên : _____
 Mã Nhân Viên : _____
 Số Điện Thoại : _____
 Địa Chỉ : _____

(ADDRESSEE)

Thắc mắc? Vui lòng hỏi nhân viên phụ trách của quý vị

Điều trần cấp tiểu bang: Nếu quý vị cho rằng quyết định này là sai, quý vị có thể yêu cầu một phiên điều trần. Trang 3 giải thích cách thực hiện việc này. Trợ cấp của quý vị có thể sẽ không thay đổi nếu quý vị yêu cầu điều trần trước khi quyết định này được thi hành.

Medi-Cal: Thông báo này KHÔNG thay đổi hoặc ngừng trợ cấp Medi-Cal của quý vị. **Hãy tiếp tục sử dụng (các) Thẻ Căn Cứớc Quyền Lợi bằng nhựa của quý vị.** Quý vị sẽ nhận một thông báo khác nếu có bất cứ thay đổi nào liên quan đến trợ cấp bảo hiểm sức khỏe của quý vị.

CalFresh: Thông báo này KHÔNG ngừng hoặc thay đổi trợ cấp CalFresh của quý vị. Quý vị sẽ nhận một thông báo khác nếu có bất cứ thay đổi nào liên quan đến trợ cấp CalFresh của quý vị.

Nếu chỉ nhận Medi-Cal và/hoặc CalFresh thì việc nhận KHÔNG bị tính vào thời hạn trợ cấp tiền mặt của quý vị.

Quy tắc: Những quy tắc này được áp dụng; quý vị có thể kiểm tra chúng tại văn phòng trợ cấp: MPP Sections 44-100; 44-315; SB 80 (Chapter 27, Statutes of 2019).

Khoản Trợ Cấp Tiền Mặt Hàng Tháng**Phần A. Thu nhập tính được, Tháng _____**

1. Thu Nhập Từ Việc Tự Doanh \$ _____
2. Các Chi Phí Từ Việc Tự Doanh:
 - a. Tiêu chuẩn 40% - _____
 - HOẶC
 - b. Thực tế - _____
3. Thu Nhập Ròng Từ Việc Tự Doanh = _____
4. Tổng Thu Nhập Ngoài Lương Do Khuyết Tật (DBI) (Người thuộc Nhóm Trợ Cấp + Nhóm Không Được Trợ Cấp) \$ _____
5. \$550 DBI không tính (nếu số tiền ở câu 4 lớn hơn \$550) - _____
6. Thu Nhập Ngoài Lương Do Khuyết Tật Không Được Miễn HOẶC = _____
7. Khoản Tiền Miễn Tính DBI Chưa Sử Dụng = _____
8. Thu nhập ròng từ việc làm tự tạo (từ trên) + _____
9. Tổng thu nhập kiếm được khác + _____
10. Số tiền chưa sử dụng là \$550 (Từ câu 7) - _____
- 11. Tổng số phụ** = _____
12. Thu nhập từ việc làm không được tính là 50% - _____
- 13. Tổng số phụ** = _____
14. Thu Nhập Ngoài Lương Do Khuyết Tật Không Được Miễn (từ #6) + _____
- 15. Tổng số phụ** = _____
16. Thu nhập không được miễn khác (Người thuộc Nhóm Trợ Cấp + Nhóm Không Được Trợ Cấp) + _____
- Thu nhập ròng tính được** = _____

Phần B. Trợ Cấp Tiền Mặt Của Quý Vị, Tháng _____

1. Khoản Trợ Cấp Tối Đa cho _____ người (Người thuộc Nhóm Trợ Cấp + Nhóm Không Được Trợ Cấp) \$ _____
2. Nhu Cầu Đặc Biệt (Người thuộc Nhóm Trợ Cấp + Nhóm Không Được Trợ Cấp) + _____
3. Thu Nhập Ròng tính được từ Phần A - _____
- 4. Tổng số phụ** (điền 0 nếu là số âm) = _____
5. Khoản trợ cấp tối đa cho _____ người (chỉ dành cho Nhóm Trợ Cấp) (Không bao gồm những người bị phạt) \$ _____
6. Nhu cầu đặc biệt (chỉ dành cho Nhóm Trợ Cấp) + _____
7. Tổng số phụ trợ cấp tối đa = _____
- 8. Tổng Số Phụ Trợ Cấp Hàng Tháng** (Số tiền thấp nhất từ Dòng 4 hoặc 7) = _____
9. Dòng 8 Tính theo tỷ lệ cho một phần của tháng = _____
10. Điều chỉnh:

25% Tiền Phạt Cấp Dưỡng Nuôi Con	-	_____
Tiền phạt khác	-	_____
Tiền trợ cấp trả dư	-	_____
Các khoản tiền phạt của Cal-Learn	-	_____
Tiền thưởng của trường (\$100 hoặc \$500)	+	_____
- 11. Khoản Trợ Cấp Tiền Mặt Hàng Tháng** (Dòng 8 hoặc 9 đã điều chỉnh) \$ _____

CÁC QUYỀN ĐIỀU TRẦN CỦA QUÝ VỊ

Quý vị có quyền xin điều trần nếu quý vị không đồng ý với bất cứ quyết định nào của quận hạt. Quý vị chỉ có 90 ngày để làm yêu cầu được điều trần. 90 ngày được tính kể từ ngay ngày hôm sau ngày quận hạt ra thông báo này. Nếu quý vị có lý do chính đáng giải thích vì sao quý vị không thể nộp đơn xin điều trần trong vòng 90 ngày, quý vị vẫn có thể nộp đơn xin điều trần. Nếu quý vị có lý do chính đáng, một buổi điều trần vẫn có thể được lên lịch.

Nếu quý vị yêu cầu một buổi điều trần trước khi một quyết định về Trợ Cấp Tiền Mặt, Medi-Cal, CalFresh, hoặc Chăm Sóc Giữ Trẻ được thực hiện:

- Trợ Cấp Tiền Mặt hoặc Medi-Cal của quý vị vẫn giữ nguyên trong khi quý vị chờ đợi một buổi điều trần.
- Dịch Vụ Giữ Trẻ của quý vị có thể vẫn giữ nguyên trong khi quý vị chờ đợi một buổi điều trần.
- Trợ cấp CalFresh của quý vị vẫn giữ nguyên cho đến khi thực hiện buổi điều trần hoặc kết thúc thời hạn chúng nhận, tùy theo thời hạn nào đến trước.

Nếu quyết định sau buổi điều trần phán xử hành động của chúng tôi là đúng, thì quý vị sẽ nợ chúng tôi mọi khoản Hỗ Trợ Tiền Mặt (Cash Aid), CalFresh hoặc Dịch Vụ Giữ Trẻ nào quý vị lãnh dư. Muốn để chúng tôi giảm bớt hoặc ngưng tiền trợ cấp của quý vị trước khi thực hiện buổi điều trần, xin đánh dấu bên dưới:

Có, giảm bớt hoặc ngưng: Hỗ Trợ Tiền Mặt
 CalFresh Dịch Vụ Giữ Trẻ

Trong khi quý vị chờ Quyết định Điều trần cho:

Welfare to Work (Trợ Cấp Giúp Đi Làm):

Quý vị không bắt buộc phải tham gia vào các hoạt động. Quý vị có thể được trả tiền cho dịch vụ giữ trẻ để đi làm và cho các hoạt động được quận chấp thuận trước ngày thông báo này. Nếu chúng tôi báo cho quý vị biết các khoản tiền trả cho các dịch vụ hỗ trợ khác của quý vị sẽ chấm dứt quý vị sẽ không nhận được khoản tiền nào nữa, ngay cả khi quý vị tham gia vào hoạt động của quý vị. Nếu chúng tôi báo cho quý vị biết chúng tôi sẽ chi trả các dịch vụ

hỗ trợ khác cho quý vị, thì các dịch vụ đó sẽ được chi trả ở mức và theo cách thức như cho biết trong thông báo này.

- Để nhận được các dịch vụ hỗ trợ đó, quý vị phải tham gia vào hoạt động mà quận yêu cầu quý vị tham gia.
- Nếu khoản tiền dịch vụ hỗ trợ mà quận chi trả trong thời gian quý vị chờ quyết định sau buổi điều trần không đủ để cho quý vị tham gia, thì quý vị có thể ngưng tham gia vào hoạt động này.

Cal-Learn:

- Quý vị không thể tham gia vào Chương Trình Cal-Learn nếu chúng tôi báo cho quý vị biết là chúng tôi không thể phục vụ quý vị.
- Chúng tôi chỉ chi trả cho dịch vụ hỗ trợ Cal-Learn khi quý vị tham gia vào hoạt động được chấp thuận.

THÔNG TIN KHÁC

Thành viên Chương trình Chăm sóc Được

Quản lý Medi-Cal: Hành động dựa trên thông báo này có thể ngăn quý vị nhận các dịch vụ từ chương trình chăm sóc sức khỏe được quản lý của quý vị. Quý vị có thể mong muốn được liên hệ với bộ phận các dịch vụ thành viên trong chương trình chăm sóc sức khỏe của mình nếu có bất kỳ câu hỏi nào.

Hỗ Trợ Trẻ Em và/hoặc Y Tế: Cơ quan hỗ trợ trẻ em địa phương sẽ giúp quyên góp tiền hỗ trợ miễn phí ngay cả khi quý vị không được hỗ trợ tiền mặt. Nếu họ đang quyên góp tiền hỗ trợ cho quý vị, thì họ vẫn tiếp tục thực hiện điều đó, trừ khi quý vị viết bằng văn bản yêu cầu họ ngưng lại. Họ sẽ gửi cho quý vị khoản tiền hỗ trợ quyên góp được hiện có, nhưng sẽ gửi lại khoản tiền quá hạn còn nợ quận.

Kế Hoạch Hóa Gia Đình: Văn phòng về phúc lợi sẽ cung cấp thông tin khi quý vị yêu cầu.

Hồ Sơ Điều Trần: Nếu quý vị yêu cầu một buổi điều trần, Phòng Điều Trần Tiểu Bang sẽ thiết lập một hồ sơ. Quý vị có quyền xem hồ sơ này trước buổi điều trần của mình và có được một bản sao của văn bản của quận về trường hợp của quý vị ít nhất hai ngày trước buổi điều trần. Tiểu bang cũng có thể cung cấp hồ sơ điều trần của quý vị cho Cơ quan Phúc lợi và Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ và Nông nghiệp. **(W&I Code Sections 10850 and 10950.)**

ĐỀ YÊU CẦU ĐIỀU TRẦN:

- Điền trang này.
- Sao lại mặt trước và mặt sau của trang này để lưu hồ sơ cho riêng quý vị. Nếu quý vị yêu cầu, nhân viên phụ trách của quý vị sẽ lấy cho quý vị một bản của trang này.
- **Gởi hoặc đem nộp trang này đến:**

HOẶC LÀ

- **Gọi số miễn phí: 1-800-952-5253** hoặc đối với người bị khiếm thính và khuyết tật phát âm dùng TDD 1-800-952-8349.

Đề nhận giúp đỡ: Quý vị có thể dùng các số điện thoại miễn phí của tiểu bang nêu trên để hỏi về quyền điều trần của mình hoặc xin giới thiệu trợ giúp pháp lý. Quý vị có thể được trợ giúp pháp lý miễn phí tại văn phòng trợ giúp pháp lý địa phương hoặc văn phòng về các quyền trợ cấp xã hội.

Nếu quý vị không muốn đi đến buổi điều trần một mình, quý vị có thể đi cùng một người quý vị hoặc ai đó.

YÊU CẦU ĐIỀU TRẦN

Tôi muốn có một phiên điều trần xem xét quyết định hành động của Cơ quan Phúc lợi của Quận _____ đối với phúc lợi của tôi: Hỗ Trợ Tiền Mặt (Cash Aid) CalFresh
 Medi-Cal Other (list) _____

Đây là lý do: _____

- Nếu cần thêm khoảng trống, hãy đánh dấu chọn vào đây và đính thêm tờ khác.**
- Tôi cần tiểu bang cung cấp một thông dịch viên miễn phí cho tôi. (Thân nhân hoặc bạn bè không thể thông dịch cho quý vị tại buổi điều trần.)

Ngôn ngữ hay thổ ngữ của tôi là: _____

Tên Của Người Bị Từ Chối, Thay Đổi Hoặc Chấm Dứt Phúc Lợi		Ngày Sinh	Số Điện Thoại
Địa Chỉ Nhà	Thành Phố	Tiểu Bang	Mã Bưu Chính
Chữ Ký			Ngày
Tên Của Người Điền Mẫu này			Số Điện Thoại

- Tôi muốn người dưới đây đại diện cho tôi tại buổi điều trần này. Tôi cho phép người này xem hồ sơ của tôi hoặc đại diện cho tôi đến dự buổi điều trần. (Người này có thể là bạn bè hoặc thân nhân nhưng không thể thông dịch cho quý vị.)**

Tên		Số Điện Thoại	
Địa Chỉ	Thành Phố	Tiểu Bang	Mã Bưu Chính