

THÔNG BÁO QUYẾT ĐỊNH của chương trình Welfare-to-Work

QUẬN

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Ngày Thông Báo : _____
Hồ Sơ : _____
Tên : _____
Số : _____
Nhân Viên : _____
Tên : _____
Số : _____
Điện Thoại : _____
Địa chỉ : _____

(ADDRESSEE)

┌

└

Thắc mắc? Xin hỏi Nhân Viên của quý vị.

Phiên Xử Tiểu Bang: Nếu quý vị cho rằng quyết định này là sai, quý vị có thể yêu cầu một phiên xử. Phúc lợi của quý vị có thể không thay đổi nếu quý vị yêu cầu một phiên xử trước khi hành động này xảy ra. Nếu quý vị và quận không đồng ý hoặc nếu quý vị đã không nhận được hồi âm từ nhân viên của quý vị, xin đừng chần chừ yêu cầu một phiên xử. Quý vị phải yêu cầu phiên xử đó trước một số ngày. Xin xem mặt sau của thông báo này để biết thêm thông tin và cách yêu cầu một phiên xử.

Kể từ _____, quý vị, _____, đã sử dụng tổng cộng _____ trong Thời hạn 24-Tháng chương trình Welfare-to-Work (chuyển từ Phúc lợi sang Việc làm) của quý vị. Bắt đầu vào _____, tình trạng tham gia Welfare-to-Work của quý vị sẽ được thay đổi. Quý vị sẽ cần đáp ứng các tiêu chuẩn liên bang của CalWORKs để tiếp tục nhận được trợ cấp tiền mặt, trừ khi quý vị hội đủ điều kiện để được cho thêm thời gian trong Thời hạn 24-Tháng chương trình Welfare-to-Work của quý vị (trường hợp gia hạn), hoặc không phải tham gia chương trình Welfare-to-Work (trường hợp miễn trừ).

Quý vị có thể đã nhận được một thông báo về cuộc hẹn với nhân viên của quý vị để đảm bảo rằng việc tham gia của quý vị đáp ứng các tiêu chuẩn liên bang của CalWORKs. Nếu quý vị đã không gặp nhân viên của quý vị cho cuộc hẹn duyệt xét này, quý vị phải liên lạc ngay với nhân viên của quý vị và đảm bảo rằng việc tham gia của quý vị đáp ứng các tiêu chuẩn liên bang của CalWORKs, hoặc để biết liệu quý vị có thể cần thêm thời gian cho Thời hạn 24-Tháng chương trình Welfare-to-Work của quý vị, hoặc không phải tham gia chương trình Welfare-to-Work mà vẫn được trợ cấp.

Nếu quý vị đã gặp nhân viên của quý vị và đã ký tên vào một bản kế hoạch điều chỉnh của chương trình Welfare-to-Work đáp ứng các tiêu chuẩn liên bang của CalWORKs, hoặc đã được gia hạn hoặc miễn trừ, quý vị không cần phải liên lạc nhân viên của quý vị về thông báo này.

Nếu quý vị không đáp ứng các tiêu chuẩn liên bang của CALWORKs, khoản trợ cấp tiền mặt của gia đình quý vị có thể bị hạ thấp.

Medi-Cal: Thông báo này KHÔNG thay đổi hoặc chấm dứt các Phúc Lợi Medi-Cal. **Hãy tiếp tục sử dụng (các) Thẻ Nhận Dạng Phúc Lợi bằng nhựa của quý vị.** Quý vị sẽ nhận được một thông báo khác cho quý vị biết về bất cứ thay đổi nào trong các phúc lợi y tế của quý vị.

CalFresh: Thông báo này KHÔNG chấm dứt hoặc thay đổi các phúc lợi CalFresh của quý vị. Quý vị sẽ nhận được một thông báo riêng cho quý vị biết về bất cứ thay đổi nào trong các phúc lợi CalFresh của quý vị.

Việc nhận các phúc lợi Medi-Cal và/hoặc CalFresh chỉ KHÔNG tính vào các giới hạn thời gian trợ cấp tiền mặt của quý vị.

Quy Định: Các quy định này có thể áp dụng:

Bộ luật An sinh và Định chế Mục 11322.85(a)

XIN LIÊN LẠC NGAY VỚI NHÂN VIÊN CỦA QUÝ VỊ NẾU QUÝ VỊ KHÔNG ĐỒNG Ý VỚI THÔNG TIN TRONG THÔNG BÁO NÀY.

Tên Nhân Viên: _____

Số Điện Thoại: _____

QUÝ VỊ CÓ CẦN TRỢ GIÚP PHÁP LÝ MIỄN PHÍ KHÔNG? Quý vị có thể được trợ giúp miễn phí về vấn đề này từ:

Văn Phòng Trợ Giúp Pháp Lý Tại Địa Phương

(_____) _____

Tổ Chức Về Quyền Phúc Lợi Tiểu Bang

(_____) _____

QUYÊN ĐIỀU TRẦN CỦA QUÝ VỊ

Quý vị có quyền yêu cầu buổi điều trần nếu không đồng ý với bất cứ hành động nào của quận. Quý vị chỉ có 90 ngày để yêu cầu buổi điều trần. Thời hạn 90 ngày khởi đầu từ ngày sau khi quận trao hoặc gửi thông báo này qua bưu điện cho quý vị. Nếu có lý do chính đáng không thể đệ đơn yêu cầu buổi điều trần trong vòng 90 ngày, thì quý vị vẫn có thể đệ đơn yêu cầu buổi điều trần. Nếu quý vị cho biết lý do chính đáng, thì buổi điều trần vẫn có thể được sắp xếp thời biểu.

Nếu quý vị yêu cầu buổi điều trần trước khi hành động liên quan đến Hồ Trợ Tiền Mặt, Medi-Cal, CalFresh, hoặc Giữ Trẻ được thực thi:

- Hồ Trợ Tiền Mặt hoặc Medi-Cal của quý vị vẫn giữ nguyên trong thời gian quý vị chờ thực hiện buổi điều trần.
- Dịch Vụ Giữ Trẻ của quý vị có thể vẫn giữ nguyên trong thời gian quý vị chờ thực hiện 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 chứng nhận, tùy theo thời hạn nào đến trước.

Nếu quyết định sau buổi điều trần phán xử hành động của chúng tôi đúng đắn, thì quý vị sẽ nợ chúng tôi mọi khoản Hồ Trợ Tiền Mặt, CalFresh hoặc Giữ Trẻ nào quý vị lãnh dư. Muốn để cho 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: Hồ Trợ Tiền Mặt CalFresh
 Giữ Trẻ

Trong thời gian quý vị chờ Quyết định sau buổi điều trần cho:

Welfare to Work (Trợ cấp giúp đi làm):

Quý vị không phải tham gia vào các hoạt động.

Quý vị có thể được trả tiền giữ trẻ để đi làm và tham gia các hoạt động được quận chấp thuận trước khi nhận được thông báo này.

Nếu chúng tôi báo cho quý vị biết các khoản tiền trả dịch vụ hỗ trợ khác của quý vị sẽ chấm dứt, thì quý vị không được lãnh thêm bất cứ khoản tiền nào, ngay cả khi quý vị tham gia vào hoạt động của mình.

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

- Muốn 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 đó.

Cal-Learn:

- Quý vị không thể tham gia vào Chương Trình Cal-Learn (Cal-Learn Program) nếu chúng tôi báo cho quý vị biết 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

Hội Viên Chương Trình Chăm Sóc Quản Lý Medi-Cal: Hành động trong thông báo này có thể ngăn cản quý vị không được các dịch vụ từ chương trình chăm sóc quản lý sức khỏe của mình. Quý vị nên liên lạc với dịch vụ hội viên chương trình sức khỏe của mình nếu có thắc mắc.

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

Kế Hoạch Hóa Gia Đình: Văn phòng trợ cấp xã hội sẽ cung cấp thông tin khi quý vị yêu cầu.

Hồ Sơ Điều Trần: Nếu quý vị yêu cầu buổi điều trần, thì Phân Ban Điều Trần Tiểu Bang (State Hearing Division) sẽ lập hồ sơ. Quý vị có quyền duyệt qua hồ sơ này trước buổi điều trần và lấy một bản tuyên bố quan điểm của quận về nội vụ của quý vị ít nhất hai ngày trước ngày điều trần. Tiểu bang cũng có thể cung cấp hồ sơ điều trần của quý vị cho Ban Trợ Cấp Xã Hội (Welfare Department) cũng như Bộ Dịch Vụ Sức Khỏe và Nhân Sự Hoa Kỳ (U.S. Department of Health and Human Services) và Bộ Nông Nghiệp Hoa Kỳ (U.S. Department of Agriculture). **(Luật Trợ Cấp và Định Chế (W&I Code) Đoạn 10850 và 10950).**

MUỐN YÊU CẦU BUỔI ĐIỀU TRẦN:

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

HOẶC

- Gọi số miễn phí: 1-800-952-5253 hoặc 1-800-952-8349 đối với người bị khuyết tật giác hay âm ngữ dùng TDD.

Muốn nhờ giúp đỡ: Quý vị có thể hỏi về quyền điều trần của mình hoặc xin giới thiệu trợ giúp pháp lý theo các số điện thoại miễn phí của tiểu bang ghi rõ bên trên. Quý vị có thể được trợ giúp pháp lý miễn phí tại văn phòng trợ giúp pháp lý địa phương hoặc quyền trợ cấp xã hội.

Nếu không muốn đi đến buổi điều trần một mình, thì quý vị có thể mời một bạn hữu hay người khác đi theo.

ĐƠN YÊU CẦU BUỔI ĐIỀU TRẦN

Tôi muốn thực hiện buổi điều trần do hành động của Ban Trợ Cấp Xã Hội Quận _____ đối với trợ cấp của tôi:

- Hồ Trợ Tiền Mặt CalFresh Medi-Cal
 Dạng khác (xin liệt kê) _____

Lý Do: _____

Nếu quý vị cần có thêm chỗ trống, hãy đánh dấu nơi đây và gộp thêm trang.

Tôi cần tiểu bang cung cấp một thông dịch viên miễn phí cho tôi. (Thân nhân hoặc bạn hữu không thể làm thông dịch viên cho quý vị trong buổi điều trần).

Ngôn ngữ hay thổ ngữ của tôi: _____

TÊN CỦA NGƯỜI BỊ TỬ CHỐI, THAY ĐỔI HOẶC CHẤM DỨT TIỀN TRỢ CẤP CỦA HỌ

NGÀY SANH SỐ ĐIỆN THOẠI

ĐỊA CHỈ ĐƯỜNG PHỐ

THÀNH PHỐ TIỂU BANG BÚU CHÁNH

CHỮ KÝ NGÀY

TÊN CỦA NGƯỜI ĐIỂN MẪU NÀY SỐ ĐIỆN THOẠI

Tôi muốn người có tên dưới đây làm đại diện cho tôi trong buổi điều trần này. Tôi cho phép người này duyệt qua hồ sơ của tôi hoặc đại diện cho tôi đến dự buổi điều trần. (Người này có thể là bạn hữu hoặc thân nhân nhưng không thể làm thông dịch viên cho quý vị).

TÊN SỐ ĐIỆN THOẠI

ĐỊA CHỈ ĐƯỜNG PHỐ

THÀNH PHỐ TIỂU BANG BÚU CHÁNH