

THÔNG BÁO QUYẾT ĐỊNH

QUẬN

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

Ngày Thông Báo : _____
 Tên Hồ Sơ : _____
 Số : _____
 Tên Cán Sự : _____
 Số : _____
 Số Điện Thoại : _____
 Địa Chỉ : _____

(NGƯỜI NHẬN THƯ)

Có thắc mắc không? Hãy hỏi Cán Sự Xã Hội của quý vị.

Phiên Điều Trần Tiểu Bang: Nếu cho rằng quyết định này không đúng, quý vị có thể xin một phiên điều trần. Mặt sau của thông báo này có chỉ dẫn cách xin phiên điều trần. Các quyền lợi của quý vị có thể không bị thay đổi nếu quý vị nộp đơn xin phiên điều trần trước khi quyết định nêu trong giấy này được thực thi.

Số Tiền Mặt Trợ Cấp Hàng Tháng

Phần A. Thu Nhập Dùng Để Tính Trợ Cấp trong Tháng _____

1. Tổng số thu nhập từ hành nghề tự do \$ _____
 2. Các chi phí hành nghề tự do:
 - a. 40% mức chi phí chuẩn..... - _____
 - HOẶC
 - b. Chi phí thực - _____
 3. Thu nhập ròng từ hành nghề tự do = _____
 4. Tổng số thu nhập từ nguồn khác ngoài việc làm do bị khuyết tật/mất khả năng làm việc (DBI) (của người thuộc cũng như không thuộc đơn vị nhận trợ cấp) \$ _____
 5. Khoản miễn trừ DBI \$225 (nếu số ở dòng 4 lớn hơn \$225)- _____
 6. Thu nhập DBI không được miễn trừ từ các nguồn khác ngoài việc làm = _____
 - HOẶC
 7. Số tiền còn lại trong khoản miễn trừ \$225 (tối đa \$112)... = _____
 8. Thu nhập ròng từ hành nghề tự do (lấy từ phần trên) + _____
 9. Tổng số thu nhập khác kiếm được từ việc làm..... + _____
 10. Số tiền còn lại trong khoản miễn trừ \$225 (từ dòng 7) hay \$112 (lấy số nào nhỏ hơn) - _____
 11. Cộng chung = _____
 12. Khoản miễn trừ 50% thu nhập kiếm được từ việc làm - _____
 13. Cộng chung = _____
 14. Thu nhập không được miễn trừ từ nguồn khác ngoài việc làm do bị khuyết tật/mất khả năng làm việc (từ dòng 6) ... + _____
 15. Cộng chung = _____
 16. Các khoản thu nhập khác không được miễn trừ (của những người thuộc cũng như không thuộc đơn vị nhận trợ cấp) + _____
- Thu Nhập Ròng Dùng Để Tính Trợ Cấp** = _____

Phần B. Trợ Cấp Tiền Mặt của Quý Vị trong Tháng _____

1. Khoản trợ cấp tối đa cho _____ người (người thuộc cũng như không thuộc đơn vị nhận trợ cấp) \$ _____
2. Phụ cấp vì nhu cầu đặc biệt (của những người thuộc cũng như không thuộc đơn vị nhận trợ cấp)..... + _____
3. Thu nhập ròng dùng để tính trợ cấp từ Phần A - _____
4. Cộng chung = _____
5. Khoản trợ cấp tối đa cho _____ người (chỉ tính người thuộc đơn vị nhận trợ cấp) (không tính người thuộc diện MFG hay người bị phạt) \$ _____
6. Phụ cấp vì nhu cầu đặc biệt (chỉ tính người thuộc đơn vị nhận trợ cấp) + _____
7. Cộng chung trợ cấp tối đa = _____
8. **Cộng Chung Trợ Cấp Tối Đa Trọn Tháng** (lấy số ở dòng 4 hay dòng 7, tùy theo số nào ít hơn) = _____
9. Điều chỉnh dòng 8 theo tỷ lệ để áp dụng cho phần tháng = _____
10. Các khoản điều chỉnh:
 - Phạt 25% vì trả thiếu tiền cấp dưỡng con..... - _____
 - Các khoản phạt khác..... - _____
 - Hoàn lại khoản trợ cấp quá mức..... - _____
 - Khoản thưởng cho việc đi học (\$100 hay \$500)..... + _____
11. **Số Tiền Mặt Trợ Cấp Trong Tháng** (Lấy số từ dòng 8 hay 9 và cộng trừ các khoản điều chỉnh) \$ _____

Medi-Cal: Thông báo này KHÔNG thay đổi hay chấm dứt các quyền lợi Medi-Cal của quý vị. **Quý vị có thể tiếp tục sử dụng (các) Thẻ Định Danh Người Hưởng Quyền Lợi (Benefits Identification Card) làm bằng nhựa.** Quý vị sẽ được gửi thông báo riêng nếu các khoản quyền lợi của quý vị có gì thay đổi.

CalFresh: Thông báo này KHÔNG thay đổi hay chấm dứt quyền lợi CalFresh của quý vị. Quý vị sẽ được gửi thông báo riêng nếu quyền lợi CalFresh của quý vị có gì thay đổi.

Thời gian quý vị nhận Medi-Cal và/hoặc CalFresh sẽ KHÔNG bị tính vào thời hạn nhận trợ cấp tiền mặt của quý vị.

Các Quy Định: Quyết định này căn cứ vào các quy định sau; quý vị có thể xem các quy định này tại phòng trợ cấp trong địa phương quý vị: MPP 44-100; 44-314; 44-315; SB 72 (Chương 8, Bộ luật năm 2011).

QUYỀN XIN PHIÊN ĐIỀU TRẦN

Quý vị có quyền xin phiên điều trần nếu không đồng ý với bất cứ quyết định nào của quận. Phải nộp đơn xin phiên điều trần trong vòng thời hạn 90 ngày, được tính bắt đầu từ ngày hôm sau quận đưa thông báo này cho quý vị hoặc gửi thông báo qua bưu điện. Nếu vì một lý do chính đáng mà quý vị không thể nộp đơn xin phiên điều trần trong vòng 90 ngày thì quý vị vẫn có thể nộp đơn xin. Hãy cho chúng tôi biết lý do chính đáng và quý vị có thể được tổ chức phiên điều trần.

Nếu quý vị yêu cầu tổ chức phiên điều trần **trước khi** quyết định về Trợ Cấp Tiền Mặt, Medi-Cal, CalFresh (Phiếu Thực Phẩm) hay Trợ Cấp Tiền Giữ Trẻ được thực thi:

- Các khoản Trợ Cấp Tiền Mặt hay Medi-Cal sẽ không thay đổi trong thời gian chờ điều trần.
- Khoản Trợ Cấp Tiền Giữ Trẻ có thể không thay đổi trong thời gian chờ điều trần.
- Trợ cấp CalFresh (Phiếu Thực Phẩm) của quý vị sẽ không thay đổi cho đến ngày điều trần hoặc ngày kết thúc thời hạn được chứng nhận hưởng trợ cấp, tùy theo ngày nào đến trước.

Nếu nhân viên điều trần **khẳng định quyết định của chúng tôi là đúng**, quý vị sẽ phải trả lại bất cứ khoản Trợ Cấp Tiền Mặt, CalFresh (Phiếu Thực Phẩm) hay Tiền Giữ Trẻ nào mà quý vị đã nhận được quá mức cho phép. Nếu quý vị cho phép chúng tôi giảm hay ngưng khoản trợ cấp của mình trong thời gian chờ điều trần, xin đánh dấu vào ô thích hợp dưới đây:

Tôi đồng ý giảm hay ngưng:

Trợ Cấp Tiền Mặt CalFresh (Phiếu Thực Phẩm) Tiền Giữ Trẻ

Trong Khi Chờ Quyết Định từ Phiên Điều Trần đối với:

Chương trình Chuyển Từ Trợ Cấp Sang Việc Làm (Welfare to Work):

Quý vị không phải tham gia vào các hoạt động của chương trình.

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

Nếu chúng tôi thông báo với quý vị rằng các khoản trả dịch vụ hỗ trợ khác bị chấm dứt, thì quý vị sẽ không nhận được khoản trả nữa, kể cả khi quý vị có tham gia hoạt động của chương trình.

Nếu chúng tôi thông báo với quý vị rằng các dịch vụ hỗ trợ khác vẫn được trả, thì sẽ được trả với số tiền và theo cách mà chúng tôi ghi trong thông báo này.

- Muốn nhận được các dịch vụ hỗ trợ đó, quý vị phải tham gia hoạt động theo chỉ dẫn của quận.
- Nếu số tiền quận trả cho dịch vụ hỗ trợ trong thời gian chờ quyết định từ phiên điều trần không đủ để quý vị có thể tham gia hoạt động của chương trình, thì quý vị có thể ngừng tham gia.

THÔNG TIN KHÁC

Thành Viên của Chương Trình Chăm Sóc Có Quản Lý Medi-Cal:

Quyết định ghi trong thông báo này có thể khiến cho quý vị không thể nhận dịch vụ từ chương trình chăm sóc sức khỏe của mình nữa. Quý vị có thể liên lạc với phòng dịch vụ thành viên của chương trình chăm sóc sức khỏe nếu có thắc mắc.

Tiền Cấp Dưỡng Con và/hoặc Trợ Cấp Y Tế: Cơ quan phụ trách thu tiền cấp dưỡng con trong địa phương sẽ giúp quý vị thu tiền cấp dưỡng con. Dịch vụ này được cung cấp miễn phí ngay cả khi quý vị không thuộc diện được hưởng trợ cấp tiền mặt. Nếu cơ quan này hiện đang thu tiền cấp dưỡng con thay cho quý vị, thì sẽ tiếp tục thực hiện việc này trừ khi quý vị viết thư yêu cầu họ ngưng. Họ sẽ gửi cho quý vị các khoản cấp dưỡng con hiện tại, nhưng nếu thu được phần cấp dưỡng con đã quá hạn từ trước thì có thể giữ lại để trả lại cho quận bất cứ số tiền nào còn thiếu.

Dịch Vụ Kế Hoạch Hóa Gia Đình: Phòng trợ cấp trong địa phương của quý vị sẽ cung cấp thông tin về dịch vụ này theo yêu cầu.

Hồ Sơ Điều Trần: Nếu quý vị yêu cầu tổ chức phiên điều trần, Phòng Phụ Trách Các Phiên Điều Trần của Tiểu Bang sẽ lập hồ sơ để dùng trong phiên điều trần. Quý vị có quyền xem hồ sơ này trước ngày điều trần và được cấp bản sao bản tường trình của quận về trường hợp quý vị ít nhất hai ngày trước ngày điều trần. Tiểu bang có thể chuyển hồ sơ điều trần của quý vị đến Phòng Trợ Cấp, Bộ Dịch Vụ Y Tế và Nhân Sinh, và Bộ Nông Nghiệp Hoa Kỳ. **(Chương 10850 và 10950 thuộc Bộ Luật W&I.)**

ĐỀ XIN PHIÊN ĐIỀU TRẦN:

- Điền vào phần dưới trang này.
- Làm bản sao mặt trước và mặt sau của trang này để lưu lại. Nếu quý vị yêu cầu, cán sự xã hội của quý vị sẽ làm bản sao cho quý vị.
- Gửi hay trao tận tay trang này cho:

HOẶC

- Gọi miễn phí: 1-800-952-5253, hoặc người bị khiếm thính hay khiếm ngôn cần dùng thiết bị TDD có thể gọi 1-800-952-8349.

Đề Được Trợ Giúp: Quý vị có thể hỏi thông tin về các quyền của mình liên quan đến phiên điều trần, hoặc được giới thiệu đến dịch vụ trợ giúp về pháp lý bằng cách gọi các số điện thoại trên. Quý vị cũng có thể được trợ giúp miễn phí về luật pháp tại văn phòng địa phương bệnh vực quyền của người nhận trợ cấp hay văn phòng trợ giúp về luật pháp.

Nếu quý vị ngại tham gia phiên điều trần một mình thì có thể nhờ một người bạn hay người khác đến cùng mình.

LỜI YÊU CẦU PHIÊN ĐIỀU TRẦN

Tôi xin tổ chức phiên điều trần để tái xét quyết định của Phòng Trợ Cấp thuộc Quận _____ về khoản trợ cấp của tôi:

Trợ Cấp Tiền Mặt CalFresh (Phiếu Thực Phẩm) Medi-Cal

Trợ cấp khác (nếu rõ) _____

Lý Do Yêu Cầu Phiên Điều Trần: _____

Nếu khoảng trống trên không đủ, xin đánh dấu vào ô này và đính kèm thêm trang.

Tôi cần tiểu bang cung cấp thông dịch viên miễn phí cho tôi. (Không được nhờ bạn hay bà con thông dịch cho quý vị tại phiên điều trần.)

Ngôn ngữ/phương ngữ của tôi là: _____

TÊN, HỌ NGƯỜI BỊ TỪ CHỐI, THAY ĐỔI HAY CHẤM DỨT TRỢ CẤP

NGÀY SINH SỐ ĐIỆN THOẠI

ĐỊA CHỈ (SỐ NHÀ, TÊN ĐƯỜNG)

THÀNH PHỐ TIỂU BANG MÃ ZIP

CHỮ KÝ NGÀY KÝ

TÊN NGƯỜI ĐIỂN ĐƠN NÀY SỐ ĐIỆN THOẠI

Tôi muốn người có tên dưới đây đại diện cho tôi tại phiên điều trần này. Tôi cho phép người này xem hồ sơ của tôi hoặc đến dự phiên điều trần thay mặt tôi. (Người này có thể là bạn hay bà con, nhưng không được phép làm thông dịch viên cho quý vị.)

TÊN, HỌ SỐ ĐIỆN THOẠI

ĐỊA CHỈ (SỐ NHÀ, TÊN ĐƯỜNG)

THÀNH PHỐ TIỂU BANG MÃ ZIP