

# THÔNG BÁO VỀ BIỆN PHÁP ÁP DỤNG

TY XÃ HỘI HẠT

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

Ngày Thông Báo : \_\_\_\_\_  
Họ Sơ Tên : \_\_\_\_\_  
Số Nhân Viên Tên : \_\_\_\_\_  
Số : \_\_\_\_\_  
Điện Thoại Số : \_\_\_\_\_  
Địa Chỉ : \_\_\_\_\_

(ADDRESSEE)

┌  
└

┌  
└

Nếu có thắc mắc, xin hỏi nhân viên phụ trách hồ sơ của quý vị.

**Buổi Thụ Lý Cấp Tiểu Bang:** Nếu quý vị nghĩ rằng biện pháp này là không đúng, quý vị có thể xin một buổi thụ lý. Mặt sau của thông báo này có chỉ dẫn cách thức.

## CÁC DỊCH VỤ HỖ TRỢ

### GỬI GIỮ TRÈ

Các phí tổn truy cập về gửi giữ trè của quý vị từ \_\_\_\_\_ đến \_\_\_\_\_ hiện đã được chấp thuận với số tiền là \$ \_\_\_\_\_. Trang đính kèm cho biết về cách chúng tôi chiết tính các phí tổn gửi giữ trè của quý vị.

Điều khác: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### DI CHUYỂN ĐI LẠI

Các phí tổn truy cập về di chuyển đi lại của quý vị từ \_\_\_\_\_ đến \_\_\_\_\_ hiện đã được chấp thuận với số tiền là \$ \_\_\_\_\_. Trang đính kèm cho biết về cách chúng tôi chiết tính các phí tổn di chuyển đi lại của quý vị.

Điều khác: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### PHỤ TRỢ

Kể từ \_\_\_\_\_ (NGAY) Ty Xã Hội Hạt đã chấp thuận đơn xin cấp khoản của quý vị về các khoản sau đây cần cho sinh hoạt đã được chấp thuận của quý vị trong chương trình giúp người nhận trợ cấp tiến tới tình trạng có việc làm (Welfare to Work):

Khoản	Số tiền
_____	\$ _____
_____	\$ _____
_____	\$ _____
_____	\$ _____
_____	\$ _____

### Cấp khoản của quý vị:

Một (các) chi phiếu truy cập cho những phí tổn về các dịch vụ hỗ trợ trả cho quý vị sẽ sớm được gửi cho quý vị.

Một (các) chi phiếu truy cập cho những phí tổn về các dịch vụ hỗ trợ trả cho quý vị được đính kèm.

Điều khác: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nếu quý vị có bất kỳ điều gì thắc mắc về mẫu này, xin gọi điện thoại hỏi nhân viên phụ trách hồ sơ của quý vị:

\_\_\_\_\_  
(TÊN NHÂN VIÊN)  
ở số ( ) \_\_\_\_\_  
(ĐIỆN THOẠI)

**Medi-Cal:** Thông báo về biện pháp áp dụng này KHÔNG làm thay đổi hay ngưng Medi-Cal (trợ cấp y tế của California). **Xin hãy giữ (các) thẻ nhựa xác nhận quyền hưởng trợ cấp (Benefits Identification Card) của quý vị lại.**

**Các Điều Luật:** Quý vị có thể tham khảo các điều luật áp dụng sau đây tại văn phòng Ty Xã Hội: MPP 42-750