

THÔNG BÁO CỦA CHƯƠNG TRÌNH CALFRESH (TEM PHIẾU THỰC PHẨM) VỀ VIỆC CHẤP THUẬN/TỪ CHỐI/CHẤM DỨT QUYỀN LỢI BỔ SUNG DINH DƯỠNG KHÍCH LỆ LÀM VIỆC (WINS)

(ADDRESSEE)



Chấp thuận

Kể từ ngày _____, quý vị sẽ nhận được
MM/DD/CCYY

quyền lợi bổ sung thực phẩm WINS mười đôla (\$10) mỗi tháng. Quý vị nhận được quyền lợi này vì quý vị:

- Là hộ gia đình chương trình CalFresh nhưng không có các quyền lợi chương trình Cơ Hội Làm Việc và Trách Nhiệm đối với Trẻ Em California (CalWORKs) hoặc Trợ Cấp Tạm Thời cho các Gia Đình Nghèo của Bộ Lạc (TANF);
- Có con dưới 18 tuổi trong nhà; và
- Có ít nhất một cha/mẹ/người giám hộ trong nhà đang nhận chương trình CalFresh đáp ứng định nghĩa về "Cá nhân đủ điều kiện công việc" của TANF và đang tham gia đủ số giờ trong các hoạt động làm việc đủ điều kiện đáp ứng yêu cầu TANF liên bang.

Lưu ý: Xác nhận lại

Quý vị sẽ nhận được một thông báo khi đến thời điểm xác nhận lại chương trình CalFresh của quý vị. Vào lúc đó, điều kiện tiếp tục hội đủ chương trình WINS của quý vị sẽ được xem xét.

Nếu quý vị nộp đơn đề nghị và được chấp thuận tham gia chương trình CalWORKs, thì quyền lợi WINS của quý vị sẽ bị ngưng.

Từ chối

Quý vị không đủ điều kiện nhận quyền lợi WINS. Điều này sẽ không ảnh hưởng đến quyền lợi CalFresh của quý vị.

Sau đây là lý do:

- Trẻ mà quý vị đang chăm sóc trên 18 tuổi.
- Trẻ mà quý vị chăm sóc không còn sống với quý vị nữa.
- Sự giám hộ hợp pháp không được thiết lập cho trẻ.
- Số giờ làm việc của quý vị dưới mức tối thiểu cần thiết để đủ điều kiện tham gia WINS.
- Đơn đề nghị chương trình CalFresh của quý vị bị từ chối.
- Khác _____

QUẬN

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

Ngày thông báo: _____

Tên sự việc: _____

Số sự việc: _____

Tên của nhân viên: _____

Số/ID: _____

Điện thoại: _____

Thông tin 24 giờ: _____

Địa chỉ: _____

Câu hỏi? Hãy hỏi nhân viên của quý vị hoặc gọi đến số nói trên.

ĐIỀU TRẦN TIỂU BANG: NEU QUY VI CHO RANG HANH ĐONG NAY LA KHONG ĐUNG, QUY VI CO THE DE NGHI BUOI ĐIEU TRAN. MAT SAU CUA TRANG NAY TRINH BAY CACH DE NGHI BUOI ĐIEU TRAN. NHUNG QUYEN LOI CUA QUY VI CO THE KHONG THAY ĐOI NEU QUY VI DE NGHI BUOI ĐIEU TRAN TRUOC KHI THUC HIEN HANH ĐONG NAY.

Chấm dứt

Kể từ ngày _____ quyền lợi WINS của quý
vị sẽ bị ngưng. MM/DD/CCYY

Sau đây là lý do:

- Sự giám hộ hợp pháp của quý vị bị chấm dứt đối với trẻ đủ điều kiện duy nhất của quý vị.
- Quý vị di chuyển khỏi tiểu bang California.
- Đơn đề nghị chương trình CalWORKs của quý vị đã được chấp thuận.
- Quyền lợi CalFresh của quý vị đã bị ngưng.
- Trẻ đủ điều kiện duy nhất của quý vị đã chuyển ra khỏi nhà.
- Trẻ đủ điều kiện duy nhất của quý vị được 18 tuổi.
- Số giờ làm việc của quý vị dưới mức tối thiểu cần thiết để đủ điều kiện tham gia WINS.
- Khác (xem dưới đây):

Quy tắc: Những quy tắc này áp dụng: ACL 13-71, ACIN I-14-14, Welfare & Institutions Code 15525.
Quý vị có thể xem lại tại văn phòng phúc lợi của quý vị.

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 chánh 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 chánh 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 _____