

糧食券 停止發放通知

(連續三個月給

ABAWDs* /無補助 CFAP* 領取人)

(ADDRESSEE)

┌

└

郡

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

通知日期：_____
案件姓名：_____
號碼：_____
工作人員姓名：_____
號碼：_____
電話：_____
地址：_____

有問題嗎？請洽詢你的工作人員。

州聽證：假如你認為這項行動是錯誤的，你可以請求聽證。本頁反面告訴你如何進行。如果你在此項行動執行前要求舉行州聽證的話，你的福利可能不會改變。

從 _____ 起，你會得到糧食券，為期自
(日期)
_____ 至 _____ 為止。
(日期) (日期)

假如你符合身體健全無受撫養眷屬之成年人(ABAWD) 作工之規定，或你的情況轉變成爲可免於作工之規定(參見右邊所列免除作工規定之條件) 或有可以不遵循規定的暫時存在的理由，那麼你可以領取糧食券。

你只可連續三個月領取糧食券的原因

- 你的糧食券曾經因爲你不符合 ABAWD 作工的規定而停發過三個月。
- 糧食券計畫允許你在某些情況下再領三個月的糧食券而不須符合 ABAWD/加州糧食補助計畫 (CFAP) 作工規定。
- 假如你受到糧食券處分，在處分期結束前，你將不合資格領取糧食券。

在此連續三個月時期結束後如何繼續領取糧食券

- 三個月的時期結束時，假如你符合 ABAWD 或無補助的 CFAP 的作工的規定，你可繼續領取糧食券。
- 三個月的時期後，如果你具備免於達到作工規定的條件，(或者在你36個月日程結束後，則在 _____ 之後) 你可以隨時申請。
(日期)

ABAWD/CFAP 作工的規定

每週至少20小時，你必需做到下列事項之一：

- 工作，
- 上學或接受訓練，
- 上學，訓練和工作混合
- 參加工作展示會，參加時數須符合郡政府規定之時數。

36個月的日程時期

- 在為期36個月的時期中，除非你符合 ABAWD 作工的規定，否則你只可獲取三個月的糧食券。
- 假如你符合某些條件，你可以領第二次三個月的糧食券而不符合作工規定的條件。
- 三個月時期開始後就不能停止，直到三個月的時間到了，或者你的36個月的領取時期結束。

若要免於達到作工的規定，你必須是

- 18歲以下，或50歲或50歲以上。
- 生理或心理方面不適宜就業。
- 符合 CalWORKs* 引至工作福利計畫的規則。
- 照顧一個六歲以下的孩子或傷患或病人。
- 參加戒酒或戒毒計畫使你不能每週工作30小時或30小時以上。
- 領取或正在申請失業保險福利。
- 每週至少30小時受雇或自為雇主，或者每週領取工資至少相等於30小時的聯邦最低工資。
- 至少一半時間上學。
- 懷有身孕。
- 住在有未成年孩子的糧食券家庭 (即使未成年孩子並不合領糧食券的資格)。

法規：這些條例適用。你可以在你的福利辦事處查閱。

MPP Section 63-410; 其他 _____ 。

你的聽證權利

假如你不同意郡政府所採取的任何行動的話，你有權利請求聽證。你只有90天的時間請求聽證。90天開始於郡政府發給你或寄給你通知後的那一天。

假如在對你的現金補助，加州醫藥補助(Medi-Cal)，糧食券，或托兒照顧採取行動以前你請求聽證：

- 在你等待聽證期間你的現金補助或Medi-Cal 將保持不變。
- 在你等待聽證期間你的托兒照顧服務保持不變。
- 你的糧食券保持不變，直至聽證時或你證明期的結束時，視那一個先發生。

假如聽證決定認為我們是對的，你將欠我們你所得到的額外現金補助，糧食券，或托兒照顧服務。

若在聽證以前，要我們減少或停止你的福利金，請在下面作記號：

要，減少或停止： 現金補助 糧食券 托兒照顧

在你為下列項目等待聽證期間

福利引至工作計劃：

你不必參加活動。

在寄你這份通知以前你因著就業和參加郡政府批准的活動可以領取托兒照顧付款。

假如我們通知你將停止你其它的協助性服務付款，即使你參加活動，你也不能再領取任何付款。

假如我們通知你將支付你其它的協助性服務付款，我們將以通知中告訴你的金額和付款方式付款。

- 若要得到這些協助性服務，你必須參加郡政府要你參加的活動。
- 在你等待聽證決定時，假如郡政府付你的協助性服務的金額不足夠讓你參加活動的話，你可以停止參加。

加州領取民眾補助十幾歲家長的教育計劃(Cal-Learn):

- 假如我們通知你我們不能為你服務，你就不能參加 Cal-Learn 計劃。
- 我們只為被批准的活動支付 Cal-Learn 協助性服務。

其他資料

Medi-Cal 地區管理護理計劃成員：在這份通知上所採取的行動會停止你從地區管理保健計劃項下領取服務。假如你有問題的話，你可以和你的健康計劃會員服務部門聯絡。

子女撫養費和 / 或醫藥方面撫養費：即使你沒有領取現金補助，你當地的子女撫養代理機構也會免費幫助你收取撫養費。假如他們現在為你收取撫養費的話，他們將保持進行收取，除非你書面通知他們停止這樣做。他們將寄給你現在所收取到的撫養費。但他們將保留收取到的欠郡政府過期未付的錢。

家庭計劃：你的福利所將把你要素取的資料提供給你。

聽證檔案：假如你請求聽證的話，州政府聽證部門將設立一份檔案。在你聽證以前，你有權查看這份檔案，並且至少在聽證前的兩天內得到一份郡政府對你案件的立場聲明的副本。州政府可以把你的聽證檔案交給福利所，聯邦健康人文服務部和聯邦農業部。(W&I Code Sections 10850 和 10950.)

若要請求聽證

- 填寫這一頁。
- 複印一份本頁的正反面留作你的記錄。假如你索取的話，你的工作人員會給你一份本頁的副本。
- 請把這一頁寄至或送至：

或者

- 打免費電話：1-800-952-5253 或者對聽或說有障礙，使用聾者電傳機(TDD)的人，打1-800-952-8349。

要取得幫助：你可以打上面所列州政府的免費電話詢問你的聽證權利或者尋求法律諮詢的推薦。你可以在你當地的法律諮詢所或福利權利所取得免費的法律幫助。

假如你不願意單獨去聽證，你可以帶朋友或某位人士前去。

聽證要求

我因為_____ 郡福利所採取有關下

列計劃的行動而要求聽證：

現金補助 糧食券 Medi-Cal

其他(請列出)_____

理由在於：_____

假如你需要更多篇幅的話，請在此作記號並另加一頁。

我需要州政府提供我一位不需要我付費的翻譯員。(你的親戚或朋友在聽證時不能為你翻譯。)

我的語言或方言是：_____

福利被拒絕，改變或停止人的姓名

出生日期 _____ 電話號碼 _____

街道地址 _____

城市 _____ 州 _____ 郵遞號碼 _____

簽名 _____ 日期 _____

填寫此表格人姓名 _____ 電話號碼 _____

我要求下面提名人士在聽證時代表我。我准許這位人士查看我的記錄或為我去聽證。(這人可以是朋友或親戚，但不能為你作翻譯。)

姓名 _____ 電話號碼 _____

街道地址 _____

城市 _____ 州 _____ 郵遞號碼 _____