



Sổ Tay Cho Người Tiêu Dùng

ĐÁNH GIÁ, ĐÁNH GIÁ LẠI VÀ QUY TRÌNH KHÁNG CÁO CỦA IHSS



Public Authority Services
by Sourcewise



Kính gửi Người tiêu dùng;

Ủy ban Tư vấn của Cơ quan Công quyền IHSS chào mừng tất cả người tiêu dùng mới của IHSS, tất cả người tiêu dùng hiện tại của IHSS và tất cả các thành viên gia đình và bạn bè của người tiêu dùng tới tham gia Chương trình IHSS. Chúng tôi hiểu mức độ phức tạp của hệ thống IHSS và hy vọng rằng cuốn Cẩm nang Người tiêu dùng này cùng với Tài liệu Đào tạo Người tiêu dùng do IHSS Public Authority cung cấp sẽ trả lời nhiều câu hỏi và thắc mắc của quý vị.

Ủy ban Tư vấn của Cơ quan Công quyền tin tưởng mạnh mẽ rằng một người tiêu dùng thông thái có thể tự ủng hộ cho mình hoặc nhờ sự giúp đỡ của gia đình và bạn bè nhằm sử dụng hiệu quả hệ thống IHSS để cảm thấy an toàn và thoải mái trong ngôi nhà của họ. Mục đích của Cẩm nang Người tiêu dùng này là giúp quý vị hiểu về hệ thống IHSS và cách quý vị có thể hỗ trợ trong việc làm cho hệ thống có hiệu quả với quý vị.

Ủy ban Tư vấn của Cơ quan Công quyền đưa ra các khuyến nghị cho Cơ quan Quản lý Cơ quan Công quyền, (Ban Giám sát Hạt Santa Clara), về tất cả các vấn đề liên quan đến IHSS và hỗ trợ chăm sóc cá nhân/chăm sóc tại nhà. Về bản chất, chúng tôi là tiếng nói của người tiêu dùng và rất coi trọng vai trò của người tiêu dùng. Chúng tôi hoan nghênh ý kiến, đề xuất và thông tin của quý vị về hệ thống IHSS tại Quận Santa Clara.

Vui lòng sử dụng Cẩm nang Người tiêu dùng và chúng tôi mong muốn đáp ứng nhu cầu đào tạo của quý vị theo nhiều cách thức khác nhau trong suốt cả năm.

Trân trọng,

Janie Whiteford
Ủy ban Tư vấn của Cơ quan Công quyền



Trở Thành Người Ủng Hộ Của Chính Mình

Là người tiêu dùng của chương trình In-Home Supportive Services (IHSS), điều rất quan trọng là quý vị, các thành viên gia đình, bạn bè và các chuyên gia có liên quan trở thành những người ủng hộ mạnh mẽ cho quý vị và nhu cầu của quý vị.

Tuy nhiên, trách nhiệm chính, khi có thể, thuộc về quý vị để trở thành một người ủng hộ nắm chắc thông tin, có giáo dục, chủ động cho quý vị hoặc nhu cầu của quý vị.



Trở thành NGƯỜI ỦNG HỘ có nghĩa là:

- Quý vị tìm hiểu về Chương trình IHSS và tìm hiểu xem chương trình có thể giúp ích cho quý vị như thế nào.
 - Quý vị tìm kiếm sự giúp đỡ từ Public Authority Services by Sourcewise, nhân viên xã hội và các chuyên gia để đáp ứng nhu cầu của mình.
-
- Quý vị hiểu nhu cầu của bản thân bằng cách tự đánh giá và có thể giải thích những nhu cầu đó cho Nhân viên xã hội. Hãy trung thực với chính mình!
 - Quý vị cam kết trở thành một người chủ tốt và là người quản lý/người đào tạo của người cung cấp dịch vụ chăm sóc độc lập của quý vị.
 - Nếu có thể, quý vị trở thành một người ủng hộ cho những người khác có nhu cầu tương tự. Ủng hộ cho họ trên phương diện cá nhân và mang lại sự thay đổi cho toàn hệ thống.
- Tìm hiểu thêm về các quan chức được bầu của Quận Santa Clara bằng cách nhấp vào liên kết sau hoặc sao chép và dán vào thanh tìm kiếm của trình duyệt của quý vị: <https://www.sccgov.org/sites/scc/gov/Pages/Elected-Officials.aspx>
- Tìm hiểu thêm về các quan chức được bầu của California bằng cách nhấp vào liên kết sau hoặc sao chép và dán vào thanh tìm kiếm của trình duyệt của quý vị: http://elections.mytimetovote.com/elected_officials/california.html
- Quý vị nhận ra rằng không ai hiểu nhiều về nhu cầu của quý vị hơn chính mình, hãy trung thực, trực tiếp và chủ động để giúp những nhu cầu này được đáp ứng bất cứ khi nào có thể.



Đánh Giá

Sau khi người tiêu dùng đã được xem là đủ điều kiện nhận các dịch vụ IHSS, quý vị được chỉ định một Nhân viên xã hội. Nhân viên xã hội cần thực hiện một chuyến thăm nhà và xác định quý vị đủ điều kiện nhận những dịch vụ nào và số giờ dịch vụ quý vị sẽ nhận được mỗi tháng.



Quận sẽ thực hiện đánh giá trong vòng 30 ngày kể từ ngày nhận được đơn đăng ký của quý vị.

Thành công của quá trình này đòi hỏi người tiêu dùng là một phần không thể thiếu của nó. Có hiểu biết và được chuẩn bị kỹ càng giúp cả Nhân viên xã hội và người tiêu dùng có được số giờ chăm sóc cần thiết để sinh sống an toàn trong nhà của họ và thiết lập và duy trì sự sắp xếp cuộc sống độc lập. Để góp phần hỗ trợ quá trình này, người tiêu dùng nên tự thực hiện bài đánh giá cá nhân để ghi lại những nhu cầu của bản thân. [Phiếu Tự đánh giá có trong Phụ lục A](#). Nhật ký này ghi lại những nhiệm vụ được thực hiện mỗi ngày và thời gian thực hiện mỗi nhiệm vụ, từ lúc bắt đầu đến lúc kết thúc.

Có một số hướng dẫn nhất định của bang nhưng cũng có rất nhiều lý do cho các nhu cầu cá nhân. Số giờ tối đa cho các dịch vụ tại nhà là 6 giờ mỗi tháng. Số giờ tối đa cho các nhu cầu việc nhà và cá nhân là 283 giờ mỗi tháng.

Sẽ rất hữu ích khi có một thành viên gia đình và/hoặc một người bạn có mặt trong chuyến thăm đánh giá. Họ có thể nhớ ra điều gì đó mà quý vị quên, hoặc có một quan điểm hữu ích khác. Điều quan trọng là quý vị cần thẳng thắn và cởi mở và không đánh giá thấp khuyết tật của quý vị. Hãy nhớ rằng quý vị đang hợp tác để Nhân viên xã hội hiểu đầy đủ về hoàn cảnh của quý vị.



Đánh Giá Lại

Quận được yêu cầu đánh giá lại hàng năm để xác định xem nhu cầu của quý vị có thay đổi hay không, hoặc quý vị có cần số lượng giờ khác hay không. Quý vị, người tiêu dùng, một lần nữa có tầm quan trọng rất lớn trong quá trình này. Quý vị và người cung cấp độc lập của quý vị, biết rõ nhất những yêu cầu của quý vị và phải cho Nhân viên xã hội biết nếu có bất kì thay đổi nào.

Một người tiêu dùng có thể yêu cầu đánh giá lại bất cứ lúc nào nếu nhu cầu của họ đã thay đổi. Nhiều sự kiện có thể xảy ra khiến cho cần phải đánh giá lại; thay đổi về tình trạng thể chất của quý vị, thay đổi cách sắp xếp cuộc sống, nhập viện, v.v. Vui lòng gọi cho Nhân viên xã hội IHSS vì nếu quý vị muốn yêu cầu đánh giá lại.

“Có một người cung cấp dịch vụ chăm sóc độc lập cho phép tôi có chất lượng cuộc sống tốt hơn.”

-Richard, Người tiêu dùng IHSS

Điều Trần Công Bằng

Đôi khi, người tiêu dùng sẽ không thừa nhận số giờ họ đã được cung cấp hoặc không thừa nhận giảm số giờ được hưởng dịch vụ hoặc chấm dứt dịch vụ. Quá trình sau đây có thể được sử dụng để giúp giải quyết vấn đề.

1. Liên hệ với Nhân viên xã hội IHSS của quý vị và yêu cầu một cuộc hội thảo để thảo luận về mối quan tâm của quý vị với họ. Nếu quý vị không hài lòng,
2. Liên hệ với người giám sát nhân viên xã hội của quý vị và thảo luận tình hình với họ. Nếu quý vị vẫn không hài lòng,
3. Yêu cầu phiên Điều trần Công bằng: việc này phải được thực hiện trong vòng 90 ngày kể từ ngày quận gửi thư Thông báo Hành động gần đây nhất cho quý vị (NOA). Nếu quý vị yêu cầu phiên xét xử này trước ngày trong thông báo cắt giảm hoặc trước khi việc giảm số giờ dịch vụ có hiệu lực, quý vị sẽ tiếp tục nhận được đầy đủ số giờ cho đến khi phiên điều trần kết thúc. Nếu quý vị cho rằng quý vị chưa nhận được đủ giờ dịch vụ, quý vị có thể không thừa nhận quyết định của quận bất cứ lúc nào. Tại phiên điều trần, quý vị có thể tự phát ngôn hoặc nhờ người khác phát ngôn (luật sư, người thân, bạn bè hoặc người khác) thay mặt cho quý vị.
 - Xem [Mục lục B](#) để tìm hiểu về phiên điều trần công bằng, hoặc bằng cách nhấp vào liên kết hoặc sao chép và dán liên kết vào thanh tìm kiếm trên trình duyệt của quý vị: www.cdss.ca.gov/Hearing-Requests



Để yêu cầu Điều trần:

- a. Điền thông tin vào mặt sau của mẫu Thông báo Hành động (NOA) và gửi đến địa chỉ được chỉ định,

HOẶC

- b. Gửi thư có chứa tên đầy đủ, địa chỉ, số điện thoại của quý vị, tên của quận đã có hành động chống lại quý vị (Santa Clara), (các) chương trình viện trợ liên quan (In-Home Supportive Services) và lý do chi tiết tại sao quý vị yêu cầu điều trần đến:

California Department of Social Service
State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
Sacramento, CA 94244

Hoặc Fax thư tới: (916) 651-5210 hoặc (916) 651-2789

HOẶC

- c. Gọi tới số điện thoại miễn phí để yêu cầu phiên điều trần công bằng: (800) 743-8525 hoặc TDD (800) 952-8349

Để nhận được trợ giúp bổ sung và tìm hiểu thông tin về quy trình điều trần công bằng, vui lòng liên hệ với Chương trình IHSS theo số (408) 792-1600



Bảng tính Tự Thẩm định Dịch vụ Trợ giúp Tại Gia

Dịch vụ Gia đình: Chỉ dành cho người lớn. Trẻ em không hội đủ điều kiện để nhận giờ dịch vụ gia đình.

Dịch vụ gia đình thường bị giới hạn đến 6 giờ mỗi tháng cho mỗi hộ gia đình và được chia cho số người trong hộ gia đình. Nếu quý vị cần hơn 6 giờ dịch vụ gia đình mỗi tháng vì tình trạng khuyết tật của người nhận (ví dụ: dọn dẹp nhà vệ sinh thường xuyên hơn do tiêu tiểu không kiểm soát, lau bụi thường xuyên do hen suyễn, v.v.), sau đó đánh dấu thời gian cần thiết trong các cột bên dưới.

BẢNG DỊCH VỤ GIA ĐÌNH IHSS ĐỀ IN RA VÀ ĐIỀN VÀO CHỖ TRỐNG

DỊCH VỤ GIA ĐÌNH	T2	T3	T4	T5	T6	T7	CN	TỔNG CỘNG
a. Quét và hút bụi								
b. Rửa tủ bếp								
c. Dọn dẹp lò nướng và bếp								
d. Dọn dẹp và xả đá tủ lạnh								

ĐÁNH GIÁ, ĐÁNH GIÁ LẠI VÀ QUY TRÌNH KHÁNG CÁO CỦA IHSS

DỊCH VỤ GIA ĐÌNH	T2	T3	T4	T5	T6	T7	CN	TỔNG CỘNG
e. Trữ thực phẩm và vật tư								
f. Đi đổ rác								
g. Lau bụi và nhật đồ								
h. Lấy nhiên liệu để sưởi ấm hoặc nấu ăn từ thùng nhiên liệu trong sân, việc linh tinh								
i. Thay khăn trải giường								
j. Việc linh tinh								
TỔNG CỘNG DỊCH VỤ GIA ĐÌNH								

Các dịch vụ liên quan: chuẩn bị bữa ăn, dọn dẹp sau bữa ăn, giặt ủi thường quy, mua sắm, và những việc lật vật khác. (Thứ Hai đến hết Chủ Nhật.)

BẢNG CÁC DỊCH VỤ LIÊN QUAN CỦA IHSS ĐỂ IN RA VÀ ĐIỂN VÀO CHỖ TRỐNG

CÁC DỊCH VỤ LIÊN QUAN	T2		T3		T4		T5		T6		T7		CN	TỔNG CỘNG	
	B	L	D	B	L	D	B	L	D	B	L	D			B
Bữa sáng=B, Bữa trưa=L, Bữa tối=D	B	L	D	B	L	D	B	L	D	B	L	D	B	L	D
a. Chuẩn bị bữa ăn, phục vụ bữa ăn, cất nhỏ đồ ăn*															
b. Dọn dẹp sau bữa ăn và lên kế hoạch thực đơn**															
c. Giặt ủi, khâu vá, là, phân loại, gấp và cất quần áo (Thông thường, 60 phút mỗi tuần ở nhà, 90 phút mỗi tuần ngoài nhà)***															
d. Việc Mua sắm / Lặt vặt khác (Thông thường, tối đa 30 phút mỗi tuần)***															
CÁC DỊCH VỤ LIÊN QUAN	T2		T3		T4		T5		T6		T7		CN		TỔNG CỘNG
TỔNG CỘNG CÁC DỊCH VỤ LIÊN QUAN															

ĐÁNH GIÁ, ĐÁNH GIÁ LẠI VÀ QUY TRÌNH KHÁNG CÁO CỦA IHSS

BẢNG DỊCH VỤ CÁ NHÂN PHI Y TẾ IHSS ĐỀ IN RA VÀ ĐIỀN VÀO CHỖ TRỐNG

DỊCH VỤ CÁ NHÂN PHI Y TẾ	T2	T3	T4	T5	T6	T7	CN	TỔNG CỘNG
<u>DON DEP NANG NHOOC</u>								
<u>DICH VU CA NHAN PHI Y TE</u>								
a. Hô hấp*								
b. Chăm sóc tiêu tiểu (bao gồm giúp lên xuống ghế tiêu tiện)*								
c. Cho ăn và uống*								
d. Tắm rửa Trên giường*								
e. Mặc quần áo*								
f. Chăm sóc kinh nguyệt*								
g. Di chuyển*								
h. Lên và xuống giường*								
d. Cắt tóc cạo râu, tắm rửa, chăm sóc tóc, răng và móng tay*								
j. Xoa bóp da để hỗ trợ lưu thông, đưa lên giường, thay đổi tư thế trên xe lăn, giúp lên và xuống xe*								
DỊCH VỤ CÁ NHÂN PHI Y TẾ	T2	T3	T4	T5	T6	T7	CN	TỔNG CỘNG
k. Chăm sóc và trợ giúp với bộ phận giả*								
TỔNG CỘNG DỊCH VỤ CHĂM SÓC CÁ NHÂN								



BẢNG DỊCH VỤ VẬN CHUYỂN IHSS ĐỂ IN RA VÀ ĐIỀN VÀO CHỖ TRỐNG

DỊCH VỤ VẬN CHUYỂN	T2	T3	T4	T5	T6	T7	CN	TỔNG CỘNG
Vận chuyển Y tế								
a. Đến cuộc hẹn y tế***								
b. Đến nguồn lực thay thế								
GIẢM NGUY HIỂM TRONG SÀN								
GIÁM SÁT BẢO VỆ								
<u>DỊCH VỤ TRỢ Y</u> (ví dụ: đặt ống thông, tiêm, các bài tập phạm vi chuyển động, v.v.) ghi rõ)								
TỔNG CỘNG DỊCH VỤ HÀNG TUẦN (Tất cả mọi thứ ngoại trừ Dịch vụ Gia đình)								
Nhân với 4,33 để có tổng cộng hàng tháng								

ĐÁNH GIÁ, ĐÁNH GIÁ LẠI VÀ QUY TRÌNH KHÁNG CÁO CỦA IHSS

Cộng với Dịch vụ Gia đình (Tối đa 6 giờ mỗi tháng trừ khi có thể chứng minh cần nhiều giờ hơn trong trang 1 ở trên)																			
TỔNG CỘNG DỊCH VỤ HÀNG THÁNG																			

* Nếu số giờ được đánh dấu hoa thị từ 20 giờ trở lên một tuần, người nhận đủ tiêu chuẩn với tư cách bị "khiếm khuyết nghiêm trọng."

** Số giờ dọn dẹp sau bữa ăn được tính khi xác định có bị khiếm khuyết nghiêm trọng không nếu cần hỗ trợ IHSS trong việc chuẩn bị và tiêu thụ bữa ăn.

*** IHSS sẽ trả tiền cho thời gian vận chuyển để đưa quý vị đến và về từ cuộc hẹn y tế, cũng như thời gian chờ. Để được trả tiền cho thời gian chờ tại một cuộc hẹn y tế, nhà cung cấp phải chứng minh rằng trong khi họ ở cuộc hẹn y tế của người nhận, họ không thể rời đi vì họ không thể dự đoán được cuộc hẹn của người nhận sẽ kéo dài bao lâu. Để biết thêm thông tin về việc vận chuyển đến và về từ cuộc hẹn y tế, và thời gian chờ của nhà cung cấp tại các cuộc hẹn này, xem ấn phẩm Thời gian Chờ và Đi lại của Nhà cung cấp IHSS, có sẵn trực tuyến. [Ấn phẩm DRC # 5607.01.](#)

Phụ Lục B –Mặt Sau Của Thông Báo Hành Động (NOA)

QUYỀN 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 Hỗ Trợ Tiền Mặt, Medi-Cal, CalFresh, hoặc Giữ Trẻ được thực thi:

- Hỗ 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 phản xử hành động của chúng tôi đúng đắn, thì quý vị sẽ nợ chúng tôi mọi khoản Hỗ Trợ Tiền Mặt, CalFresh hoặc Giữ Trẻ nào quý vị lãnh dự. 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: Hỗ 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.

Hỗ 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 báo họ ngưng quyền góp - bằng văn bản. Họ sẽ gọi 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 khiếm khuyết thính 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:

Hỗ 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 _____ BƯU 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 _____ BƯU CHÁNH _____

