
당신의 법적 권리

캘리포니아 공공 복지 혜택 프로그램 관련



..... 캘리포니아 공공 지원 보조 수당을 신청하는
사람들을 위한 안내

 장애로 인하여 도움이 필요하시면 말씀하여 주십시오.

 무료 통역을 요청할 수 있습니다.

공익 기관은 연방법 및 주법을 준수하며, 귀하를 차별, 배제하거나 다른 사람들에게 제공되는 것과 다른 지원, 혜택 또는 기타 서비스를 제공할 수 없습니다.

3. 주 정부 기관이 영어 외 언어로 설명된 안내문이 있는 경우, 귀하는 해당 정보를 요청하고 받아 볼 권리가 있습니다.
4. 손으로 배달된 문서에 대한 영수증을 받으세요.
5. 본인 관련 기록을 검토할 수 있습니다.
6. 귀하에게 적용되는 프로그램 관련 법령과 규정을 검토할 수 있습니다.
7. 귀하의 수혜 자격, 혜택, 또는 서비스에 대한 결정 또는 조치를 취하지 않은 경우, 판사에게 관련 사안 검토를 요청할 수 있습니다.
8. 복지 혜택이나 서비스의 신청 및 수령에 있어 차별을 받지 않을 권리가 있습니다.
9. 차별 대우 불만 신고를 할 수 있습니다.
10. 장애가 있는 경우 “합리적인 편의 제공”을 받으세요. 이것은 귀하가 프로그램에 접근하거나 참여할 수 있도록 하기 위한 특별한 도움입니다.
11. 귀하의 개인정보를 보호받을 권리가 있습니다.
12. 정중한 대우와 존중을 받을 권리가 있습니다.

귀하의 복지 혜택 또는 서비스 관련 문제:

귀하의 모든 정보, 문서 및 기관과의 연락 사항에 대한 기록을 보관하세요.

무엇이든 제출한 경우에는 영수증을 받으세요.

회의에 누군가를 데리고 오세요.

불만 제기. 불만 제기에는 4가지 방법이 있습니다:

1. **비공식:** 수퍼바이저에게 직원과의 문제에 대해 말하거나 혜택 또는 서비스에 대한 규칙 및 제안된 조치를 검토하도록 요청하세요.
2. **주 청문회:** 귀하의 혜택 또는 서비스에 대한 조치 또는 미조치에 동의하지 않는 경우 주 청문회를 요청하세요. 귀하는 귀하의 혜택 또는 서비스에 대한 기관의 통지를 받은 날로부터 **90일** 이내에 청문회를 요청해야 합니다. **90일** 후에 청문회를 요청하는 경우, 판사가 질병이나 장애와 같이 청문회를 늦게 요청한 합당한 이유가 있는지 결정할 것입니다.
3. **차별 불만 제기:** 차별 불만 제기 섹션을 참조하세요. 주 또는 연방 기관에 불만을 제기할 다른 권리가 있을 수 있습니다.

4. 고충 처리: 기관에 고충 처리 절차가 있으면 불만을 제기할 수 있습니다. 이것은 주 청문회를 요청하는 방식으로 귀하의 혜택을 보호하지 않습니다.

주 정부 행정 청문회

기관이 귀하가 마땅히 받아야 할 혜택이나 서비스를 제공하지 않는다고 생각하는 경우에도 주 청문회를 요청할 수 있습니다. 주 청문회에 대한 정보는 간행물 [PUB 412](#)를 참조하세요.

참고: 문제가 일반 지원 또는 일반 구제와 관련된 경우에는, 카운티에 카운티 청문회를 요청해야 합니다.

문제가 사회 보장 혜택과 관련이 있는 경우에는, 사회보장국에 연락하여 청문회를 요청해야 합니다.

주 정부 행정 청문회 요청 방법

주 청문회는 온라인, 전화, 팩스 또는 우편으로 신청할 수 있습니다.

온라인: ACMS.dss.ca.gov – 온라인 계정을 만들어 모든 정보를 온라인으로 받거나 계정없이 온라인 요청을 제출할 수 있습니다.

전화: 1-800-743-8525
이메일: SHDCSU@dss.ca.gov
팩스 번호: 833-281-0905
우편: State Hearings Division
PO Box 944243, MS 21-37
Sacramento, CA 94244-2430

신속 처리 행정 청문회

긴급한 문제가 있는 경우, 귀하는 “신속” 청문회를 요청하여 청문회를 더 빨리 열 수 있습니다. Medi-Cal의 경우, 이것은 정기 청문회 일정이 등록자의 생명이나 정신 건강을 심각한 위험에 빠뜨릴 위험이 있는 경우입니다. 주 청문회 사무국은 귀하의 사례를 신속히 처리할 수 있는지 여부를 알려드릴 것입니다.

차별 금지 조항

주법은 기관이 혜택이나 서비스를 거부하거나 다음을 근거로 다른 사람에게 제공되는 지원과 다른 지원을 제공하는 것을 금지합니다:

인종, 피부색, 조상, 출생 국가(언어 포함), 민족 식별, 연령, 신체적 또는 정신적 장애, 의학적 상태, 종교, 성, 성별, 성 정체성 또는 표현 성적 선호도, 결혼 여부, 동거 관계, 정치적 소속, 국적, 이민 신분 및 유전 정보.

연방법 또한 위에 열거한 이유 전부에 해당하지는 않지만 일부에 대해 차별을 금지합니다. 연방법은 아울러 다음과 같은 사항을 금지합니다:

입양 또는 위탁 양육에 필요한 아동의 가정 배치를 입양부모나 수양부모, 또는 아동의 인종, 피부색 또는 출생 국가에 근거하여 지연 또는 거부하는 행위;

관련된 개인이나 아동의 인종, 피부색 또는 출생 국가에 근거하여 입양부모나 수양부모가 될 수 있는 기회를 거부하는 행위.

차별 대우의 예

관할 기관이 귀하에게 무료 통역서비스를 제공하지 않습니다.

담당 공무원이 귀하가 속한 민족의 개인들보다는 다른 특정 민족에 속한 개인들에게 더 많은 프로그램이나 서비스를 안내합니다.

이 기관은 장애로 인해 귀하가 필요로 하는 서면 정보의 큰 활자 또는 점자 버전을 제공하지 않습니다.

직원이 귀하의 종교 또는 성적 취향을 알게 된 후 귀하를 다르게 대우합니다.

건물에 엘리베이터가 없고 귀하가 계단을 이용할 수 없는 장애가 있어 약속 일정을 잡을 수 없습니다.

귀하가 휠체어를 타고 검사실, 면담실, 또는 화장실을 이용할 수가 없습니다.

직원이 귀하의 정확한 이름과 대명사 사용을 거부합니다.

합리적인 편의 제공: 장애가 있는 개인을 위한 특별 편의 사항

정신적 또는 신체적 장애가 있는 사람은 프로그램 및 서비스에 접근하고 참여할 수 있도록 정부 기관에 합당한 편의 제공을 요청할 수 있습니다. 귀하가 장애를 갖고 있어 추가 도움이 필요한 경우, 신청 또는 혜택/서비스를 담당하는 기관에 알려야 합니다. 해당 기관은 어떤 도움이 필요한지 결정하기 위해 귀하와 협조해야 합니다. 해당 기관이 귀하의 요청을 거부하는 경우, 거부 이유를 설명하는 서면 통지를 귀하에게 제공해야 합니다. 통지서에는 귀하의 항소 권리가 기재되어야 합니다.

차별 불만 제기

귀하가 차별을 받았다고 생각되면 불만을 제기할 수 있습니다. 불만을 제기하는 곳은 불만 유형에 따라 다릅니다.

귀하의 카운티 사무소가 관장하는 모든 프로그램: 카운티 사무소에 민권 코디네이터의 이름, 주소 및 전화 번호를 문의하세요. 주 정부 기관이 아닌 카운티 기관에서 귀하의 불만 사항을 독립적으로 조사할 것입니다.

커버드 캘리포니아(Covered California) 프로그램:

Civil Rights Coordinator Covered California
PO Box 989725
West Sacramento, CA 95789
(916) 228-8764
CivilRights@covered.ca.gov

메디칼(Medi-Cal) 및 메디칼 덴탈(Medi-Cal Dental) 프로그램:

카운티의 민권 코디네이터, 주 의료 서비스국 또는 연방 보건복지부에 연락할 수 있습니다.

Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
PO Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413
(916) 440-7370 or 711 (캘리포니아 중계 서비스)
CivilRights@dhcs.ca.gov

본 안내서에 포함되는 모든 기타 프로그램:

Civil Rights Unit
California Department of Social Services
PO Box 944243, MS 9-7-41
Sacramento, CA 94244-2430
(866) 741-6241 (무료 전화)
(916) 651-0602 (팩스)
crb@dss.ca.gov

연방 기관에 CalFresh 불만을 제기하는 경우:

United States Department of Agriculture
Director, Office of Adjudication
1400 Independence Avenue, SW
Washington, DC 20250-9410
(866) 632-9992 (무료 전화) or (202) 260-1026
(800) 877-8339 (청각 장애인)
program.intake@usda.gov

연방 기관에 불만 신고를 제기하는 경우:

인종, 피부색, 출생 국가, 장애, 연령, 또는 성별에 관한 차별만 해당됩니다:

Centralized Case Management Operations
United States Department of Health and
Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201

인터넷으로 불만 신고를 제기하는 경우:

미국 보건 인적 서비스 사무국 민권 불만 신고 포털

[\(US Health & Human Services Civil Rights Complaint Portal\)](#)

(800) 368-1019 (수신자 부담)

(800) 537-7697 (청각/언어 장애인)

차별 불만 신고 기한 제한 안내

차별 불만 신고는 신고하고자 하는 차별 대우를 받은 일자로부터 180일 이내에 해야 합니다.

차별 대우로 인하여 귀하의 복수 혜택이나 서비스 또한 영향을 받은 경우, 관련 사건 행정 청문회를 요청할 수 있습니다.

판사는 청문회에서 차별 불만에 대한 결정을 내릴 수 없습니다.

차별 조사는 귀하의 혜택이나 서비스 수준을 변경할 수 없습니다. 주 청문회에서만 그렇게 할 수 있으면, 기관은 귀하의 청문회 요청이나 차별 불만 제기에 대해 보복을 할 수 없습니다.

본 안내서에 포함되는 프로그램

- 입양 지원 프로그램(AAP)
- 알코올 및 약물 프로그램
- 캘리포니아 식품 지원 프로그램(CFAP)
- 칼웍스(CalWORKS)
- 이민자 현금 지원 프로그램(CAPI)
- 칼 프레쉬(CalFresh - 푸드 스탬프)
- 아동의 건강 보험 프로그램(CHIP)
- 커버드 캘리포니아 수혜 자격 심사
- 위탁 가정 돌봄/아동 복지 서비스
- 카운티 사회 복지 국에서 제공하는 주택 프로그램
- 가내 지원 서비스(IHSS)

- 친인척 후견인 지원(KinGAP)
- Medi-Cal – Medi-Cal 덴탈 프로그램
- 난민 현금 보조
- 가족 자원 승인(RFA)
- 친인척 돌봄 서비스 승인 기금 옵션 프로그램(ARC)
- 서비스 동물 지원금



캘리포니아 주 보건 인적 서비스 사무국 사회복지부(CDSS)

이 팜플렛은 지역 카운티 복지 사무소와 [CDSS 웹사이트](#)에서 다음 언어로
입수할 수 있습니다:

- 아랍어
- 아르메니아어
- 캄보디아어
- 중국어
- 페르시아어
- 미아오어(몽족어)
- 일본어
- 한국어
- 라오스어
- 미안 방언
- 포르투갈어
- 편자브어
- 러시아어
- 스페인어
- 타갈로그어
- 우크라이나어
- 베트남어

또한 큰 활자, 점자 및 오디오 형식으로도 제공됩니다.

이 간행물은 동등한 혜택과 서비스를 받을 귀하의 권리, 언어 지원 및
장애에 대한 합리적인 편의를 요청하는 방법, 그리고 차별 불만을
제기하는 방법을 설명합니다.