

مقاطعة

تاريخ الإخطار :
الحالة :
الاسم :
الرقم :
اسم الموظف :
الرقم :
الهاتف :
العنوان :

إشعار بالموافقة على مزايا برنامج CALFRESH

هل لديك أية أسئلة؟ اسأل الموظف المسؤول عن حالتك.

جلسة استماع من الولاية: إذا كنت تعتقد أن هذا الإجراء خطأ، يمكنك طلب عقد جلسة استماع. يوضح لك ظهر هذه الصفحة كيفية. لا يجوز تغيير المزايا الخاصة بك إذا طلبت انعقاد جلسة استماع قبل اتخاذ هذا الإجراء.

(ADDRESSEE)

تمت الموافقة على طلبك للحصول على مزايا CALFRESH.

مبلغك الأولي للمزايا هو: \$ _____ دولار مقابل _____ . سيكون مبلغ المزايا لبقية فترة اعتمادك \$ _____ دولار من _____ إلى _____ .

إذا كنت قد تقدمت بطلب للحصول على مساعدة نقدية CASH AID أيضاً، ولم تتم الموافقة عليه بعد، فقد يتم تخفيض المزايا التي تحصل عليها من برنامج CalFresh أو إيقافها بدون إشعار آخر إذا تمت الموافقة على حصولك على مساعدة نقدية cash aid.

- يبدأ تأهلك لبرنامج CalFresh في نفس يوم تأهلك للمساعدة النقدية cash aid.
- تشمل المزايا التي تحصل عليها في الشهر الأول أكثر من مزايا شهر واحد بسبب تاريخ الموافقة على طلبك.
- تم توزيع المزايا التي تحصل عليها في الشهر الأول من تاريخ تقديمك لطلبك.

بسبب أنك تلقيت مزايا CALFRESH على الفور، لم نطلب منك أن تقدم لنا التحقق التالي:

يجب أن تقدم لنا هذا التحقق قبل _____ وإلا فسوف ينتهي تأهلك إلى برنامج CalFresh. لن تتلقى إشعاراً آخر. إذا كان التحقق الذي ترسله يغير تأهلك أو المزايا التي تحصل عليها، فسوف ننفذ التغيير. أنت لن تتلقى إشعاراً سابقاً قبل أن نتخذ هذا الإجراء.

قد تكون أسرتك المشمولة بخدمات CalFresh مؤهلة لتلقي معونات مساعدات المرافق الحكومية (State Utility Assistance Subsidy SUAS). وإذا كنت مؤهلاً لتمنحك الحكومة معونة SAUS بمقدار \$20.01، تقدم هذه المعونة مرة واحدة في السنة وإذا كنت مؤهلاً ستودع في حساب EBT النقدي الخاص بك. إذا لم يكن لديك حساب EBT نقدي، فسيتم إنشاء حساب لك. لن يتوجب عليك القيام بأي شيء للحصول على بطاقة جديدة ولكن يمكنك استخدامها لتغطية أية نفقات لا تغطيها CalFresh. يتيح هذا المبلغ للمقاطعة إمكانية فرض أعلى خصم للمرافق (مبلغ المرافق القياسي - SUA) لمزايا الطعامة يمكنك استخدام مبلغ \$20.01 دولاراً هذا عندما تستخدم بطاقة EBT الخاصة بك. إذا كنت ترغب بمعرفة المزيد يرجى الاتصال بمكتب المقاطعة

القواعد: تسري هذه القواعد: يمكنك مراجعتها في مكتب الرعاية الاجتماعية الذي تتبعه.

حقوقك لعقد جلسة سماع

لك الحق في أن تطلب عقد جلسة سماع إذا لم توافق على أي من إجراءات الكاونتي. لديك ٩٠ يوماً فقط لطلب عقد جلسة سماع. بدأت مدة الـ ٩٠ يوماً بعد أن قامت الكاونتي بإعطائك هذا الإشعار أو إرساله لك بالبريد. إذا كان لديك سبباً جيداً لعدم تمكنك من تقديم طلبك لعقد جلسة سماع خلال ٩٠ يوماً، قد يتاح لك تقديم طلبك رغماً عن هذا. إذا قدمت سبباً جيداً قد يمكن تحديد موعد لعقد جلسة السماع.

لطلب عقد جلسة سماع:

- قم بتكملة هذه الصفحة.
- اعمل نسخة عن وجه وظهر هذه الصفحة للاحتفاظ بها في سجلاتك. إذا طلبن، سيقوم الموظف المسئول عنك بعمل نسخة عن هذه الصفحة.
- أرسل أو خذ هذه الصفحة إلى:

أو

- اتصل بالرقم المجاني: ١-٨٠٠-٩٥٢-٥٢٥٣ أو لضعفاء اللفظ والسمع الذين يستعملون الهاتف النصي، يمكنهم الاتصال بالرقم ٨٣٤٩-٩٥٢-٠٠٨-١. للحصول على المساعدة: يمكنك طلب الإطلاع على حقوقك بالنسبة لجلسة السماع أو الإحالة للمساعدة القانونية على أرقام الولاية المجانية المدرجة أعلاه. قد تحصل على مساعدة قانونية مجانية من المكتب القانوني المحلي أو فريق حقوق الإنعاش.

إذا كنت لا تريد الذهاب لجلسة السماع بمفردك، يمكنك إحضار صديق أو أي شخص آخر معك.

طلب عقد جلسة السماع

أريد عقد جلسة سماع بسبب إجراء من قبل إدارة الإنعاش لكاونتي _____
يتعلق بـإعاناتي التالية:

إعانة مالية CalFresh Medi-Cal
 غير ذلك (أذكر أدناه)

فيما يلي السبب

- إذا احتجت لمجال إضافي، أشر هنا وأضف صفحة.
- أريد أن تزودني الولاية بمتخرج بدون تحميلي أي تكلفة. (لا يجوز لصديق أو قريب أن يترجم لك خلال جلسة السماع).

لغتي ولهجتي هي

اسم الشخص الذي رفض تقديم المنافع إليه أو تغييرها أو إيقافها.	
رقم الهاتف	تاريخ الولادة
عنوان الشارع	
الرمز البريدي	الولاية
التاريخ	المدينة
رقم الهاتف	اسم الشخص الذي قام بتكملة هذا النموذج

- أريد أن يمثلني الشخص الوارد اسمه أدناه في جلسة السماع هذه. أمني أنني لهذا الشخص لمراجعة سجلاتي أو لتمثيلي في الاجتماع. (يمكن أن يكون هذا الشخص صديق أو قريب لكنه لا يستطيع الترجمة لك.)

رقم الهاتف	الاسم
العنوان	
الرمز البريدي	الولاية
المدينة	

التخطيط العائلي: سوف يزودك مكتب الإنعاش بالمعلومات عندما تطلبها.

ملف جلسة السماع: إذا طلبت عقد جلسة سماع، سوف يقوم فرع جلسة السماع التابع للولاية بتحضير ملف. لك الحق في مراجعة هذا الملف قبل عقد جلسة السماع والحصول على نسخة عن موقف الكاونتي المدون عن قضيتك قبل يومين من عقد الجلسة على الأقل. قد تقوم الولاية بإعطاء ملفك إلى إدارة الإنعاش ووزارة الصحة والخدمات الإنسانية والزراعة الأمريكية. (W&I Code Sections 10850 and 10950).

خلال فترة انتظارك لقرار جلسة السماع:

من الإنعاش للعمل:

أنت غير مرغما على الاشتراك في النشاطات.

قد تستلم دفعات خدمات رعاية طفل للعمل أو لنشاطات موافق عليها من قبل الكاونتي قبل صدور هذا الإشعار.

إذا أعلمناك بأن خدماتك المساندة الأخرى سوف تتوقف، لن تحصل على المزيد من الدفعات حتى إذا ذهبت إلى نشاطاتك.

إذا أعلمناك بأننا سوف ندفع عن خدماتك المساندة الأخرى، سيتم دفعها وفقاً للمبلغ والطريقة التي ذكرناها في هذا الإشعار.

• للحصول على خدمات المساندة، عليك الذهاب للنشاط الذي طلبت منك الكاونتي الذهاب إليه.

• إذا كان مبلغ خدمات المساندة الذي تدفعه لك الكاونتي أثناء انتظارك لقرار جلسة السماع غير كافي ليتيح لك المساهمة، يمكنك التوقف عن الذهاب للنشاط.

Cal-Learn

• لا يحق لك الاشتراك في برنامج Cal-Learn إذا أعلمناك بأننا لا نستطيع توفير الخدمة لك.

• سوف ندفع عن خدمات برنامج Cal-Learn المساندة فقط مقابل نشاط موافق عليه.

معلومات أخرى

أعضاء برنامج Medi-Cal للرعاية الموجهة: الإجراء المذكور في هذا الإشعار قد يوقف حصولك على الرعاية الصحية الموجهة. قد تريد الاتصال بخدمات أعضاء برنامج تأمينك الصحي إذا كان لديك أي أسئلة.

مساندة طفل و/ أو مساندة طبية: وكالة مساندة الأطفال المحلية سوف تساعد في الحصول على المساندة حتى إذا لم تكن تحصل على إعانة مالية. إذا كانت تقوم بتحصيل المساندة لك، سوف تواصل ذلك إلا إذا طلبت منها خطياً بالتوقف. سوف ترسل لك مبلغ المساندة المحصل حالياً إنمما ستحتفظ بالمبالغ المستحقة التي تم تحصيلها والمدون بها للكاونتي.

التخطيط العائلي: سوف يزودك مكتب الإنعاش بالمعلومات عندما تطلبها.

ملف جلسة السماع: إذا طلبت عقد جلسة سماع، سوف يقوم فرع جلسة السماع التابع للولاية بتحضير ملف. لك الحق في مراجعة هذا الملف قبل عقد جلسة السماع والحصول على نسخة عن موقف الكاونتي المدون عن قضيتك قبل يومين من عقد الجلسة على الأقل. قد تقوم الولاية بإعطاء ملفك إلى إدارة الإنعاش ووزارة الصحة والخدمات الإنسانية والزراعة الأمريكية. (W&I Code Sections 10850 and 10950).