

إخطار بإجراء

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

(ADDRESSEE)

هل لديك أي أسئلة؟ اسأل الموظف المسؤول عن حالتك.

جلسة الاستماع الرسمية: إذا كنت تعتقد أن هذا الإجراء خطأ، يمكنك طلب عقد جلسة استماع رسمية. لا يجوز تغيير المزايا الخاصة بك إذا طلبت انعقاد جلسة استماع بالولاية قبل اتخاذ هذا الإجراء. إذا اختلفت مع المقاطعة، أو إذا لم يرد عليك الموظف المسؤول عن حالتك، فلا تنتظر واطلب عقد جلسة استماع. حيث يجب أن تطلب جلسة الاستماع في غضون عدد محدد من الأيام. انظر خلف هذا الإخطار لمعرفة المزيد من المعلومات ومعرفة كيفية طلب جلسة استماع.

توضح سجلاتنا أنك لم تقم بما يلي:

- ☐ توقيع خطة الانتقال من الرعاية الاجتماعية إلى العمل في _____
- ☐ المساهمة في _____ في _____
- ☐ التقدم في نشاط _____ بسبب _____
- ☐ الموافقة على وظيفة في _____
- ☐ الإبقاء على وظيفتك في _____
- ☐ المحافظة على نفس القدر من الأرباح.

كيف تقوم بوقف تخفيض الإعانات النقدية لأسرتك

اعتبارًا من _____، سيتم تخفيض إعانات أسرتك النقدية من مبلغ \$ _____ إلى \$ _____. كما هو مبين في الصفحة التالية، إلا إذا وضحت لنا أن لديك سبب وجيه لعدم القيام بما طلبنا منك القيام به. إذا لم يكن لديك سبب وجيه، يمكنك الموافقة على خطة امتثال للحفاظ على الإعانات النقدية لأسرتك من التخفيض. إذا لم توافق على خطة امتثال، فلن تحصل على إخطار آخر قبل تخفيض الإعانات النقدية لأسرتك.

اطلع على الصفحة التالية للحصول على المزيد من المعلومات حول كيفية رصدنا للقيمة التي ستحصل عليها أسرتك إذا تم تخفيض الإعانات النقدية لأسرك.

لن ندفع مقابل الانتقالات، أو المصاريف المتعلقة بالعمل أو بالتدريب إذا كنت غير مؤهل للإعانات النقدية. قد ندفع لرعاية الأطفال، إذا كنت تعمل، أو تحضر إلى المدرسة.

كيف تتمكن من العودة مرة أخرى للتأهل للحصول على الإعانات النقدية.

ويجري تخفيض الإعانات النقدية لعائلتك لأنك لم تفعل ما طلبنا منك أن تفعله ويجري استبعادك من "Assistance Unit" (وحدة المساعدة). إذا تم خفض الإعانات النقدية لعائلتك، يمكنك الحصول على الجزء الخاص بك من الإعانات النقدية مرة أخرى إذا كنت مؤهلاً لذلك عن طريق الاتصال بالمقاطعة وإخبارهم بأنك تريد الإعانة النقدية الخاصة بك مرة أخرى؛ ثم تفعل ما تطلبه منك المقاطعة.

للاتصال بالمقاطعة للحصول مرة أخرى على الإعانات النقدية، يُرجى الاتصال بـ _____.

هل تحتاج إلى مساعدة قانونية مجانية؟ يمكنك الحصول على مساعدة مجانية لحل هذه المشكلة من:

مكتب المساعدات القانونية المحلي: (____) _____

منظمة حقوق الرعاية التابعة للولاية: (____) _____

برنامج CalFresh: إذا أدى الفشل في تلبية متطلبات برنامج "الانتقال من الرعاية الاجتماعية إلى العمل" إلى عقوبة CalFresh أيضًا، فقد لا تتمكن من التأهل لمزايا برنامج CalFresh. إذا كان هناك عقوبة من CalFresh، فسوف تحصل على إخطار آخر يخبرك كم من الوقت سيتم إيقاف مزايا CalFresh الخاصة بك.

برنامج Medi-Cal: الإخطار بالإجراء هذا لا يغير أو يوقف مزايا برنامج Medi-Cal. ويمكنك الاحتفاظ ببطاقة (بطاقات) تعريف الميزات البلاستيكية.

إننا بحاجة للتحدث معك للحفاظ على الإعانات النقدية لأسرتك من التخفيض، يجب أن نتحدث معك بشأن هذه المشكلة. تم تحديد مقابلة لك في يوم _____، في الساعة _____، في _____.

إذا كنت ترغب في وسيلة نقل أو رعاية لطفل لتتمكن من الذهاب إلى هذا الاجتماع، فاتصل بموظف برنامج "الانتقال من الرعاية الاجتماعية إلى العمل" على رقم الهاتف المدرج أدناه.

اسم موظف برنامج "الانتقال من الرعاية الاجتماعية إلى العمل": _____
رقم الهاتف: _____

إذا لم تتمكن من الذهاب إلى هذا الاجتماع، يجب أن تتصل بالموظف الخاص بك لتحديد موعد جديد. ما لم يكن لديك سبب وجيه، فلا يمكنك تغيير هذا الاجتماع إلا مرة واحدة. يمكنك أيضًا الاتصال بالموظف الخاص بك للتحدث بشأن المشكلة بدلاً من الذهاب إلى الاجتماع. ويجب أن تتصل بالموظف الخاص بك لتحديد موعد جديد للاجتماع، أو للتحدث بشأن مشكلتك هاتفياً، عن طريق _____.

عندما نتحدث إلى الموظف الخاص بك، سَسأل إذا كان لديك سبب وجيه ("مبرر") لعدم القيام بما طلبنا منك القيام به. إذا تأكدنا أن لديك سبب وجيهًا لذلك، فلن يتم تخفيض الإعانة النقدية لأسرتك بسبب هذه المشكلة. بعض الأمثلة على الأسباب الوجيهة هي عدم وجود رعاية للطفل أو عدم وجود وسيلة انتقال. لمعرفة الأسباب الوجيهة الأخرى، اطلع على نموذج "طلب لتحديد سبب وجيه" المُرسَل مع هذا الإخطار.

كما لن يتم تخفيض الإعانات النقدية لأسرتك أيضًا في حالة تمكنك من أن تبين لنا أنك يجب أن تحصل على إعفاء في الوقت الذي لم تقم فيه بنشاط "الانتقال من الرعاية الاجتماعية إلى العمل".

وإذا لم يكن لديك سبب وجيه لعدم القيام بما طلبنا منك القيام به، يمكنك الموافقة على خطة الامتثال لتلبي قواعد "الانتقال من الرعاية الاجتماعية إلى العمل". لن يتم تخفيض الإعانات النقدية لأسرتك إذا وافقت على خطة امتثال وقمت بما تنص عليه. إذا وافقت على خطة امتثال، ثم فيما بعد لم تقم بما تنص عليه، فسيتم تخفيض الإعانات النقدية لأسرتك. إذا حدث ذلك، فستحصل على إخطار منفصل.

القواعد: تُطبق هذه القواعد: 42-712 MPP § CalWORKs (الإعفاءات)، 42-713 (سبب وجيه)، 42-721 (عدم الامتثال وسبب وجيه)، 63.407.521 MPP § CalFresh. يمكن أن تراجع هذه القواعد 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.

إذا طلبت عقد جلسة سماع **قبل** اتخاذ إجراء بالنسبة لإعانة مالية **Medi-Cal** أو **CalFresh** أو رعاية طفل:

- ستبقى إعانتك المالية أو Medi-Cal على ما هي خلال فترة الانتظار لعقد جلسة السماع.
- قد تستمر خدمات رعاية طفل على ما هي خلال فترة الانتظار لعقد جلسة السماع.
- ستبقى استحقاقاتك من CalFresh على ما هي حتى عقد جلسة السماع أو إلى انتهاء مدة التصديق، أيهما جاء أولاً.

إذا كان قرار جلسة السماع بأننا على حق، سوف تكون مدينا لنا بأي مبلغ إضافي نقدي أو من استحقاقات **CalFresh** أو خدمات رعاية طفل حصلت عليها. لكي تطلب منا تخفيض أو إيقاف منافعك قبل عقد جلسة السماع، اشر أدناه.

نعم، يرجى تخفيض أو إيقاف: ☐ إعانة المالية ☐ CalFresh ☐ رعاية طفل

خلال فترة انتظارك لقرار جلسة السماع:

من الانعاش 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 كافٍ 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 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 إنما ستحتفظ بالمبالغ المستحقة التي تم تحصيلها والمدين 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 من 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).

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 ٨٣٤٩-٩٥٢-١-٠٠٨. للحصول على المساعدة: يمكنك طلب الإطلاع على حقوقك بالنسبة لجلسة السماع أو الإحالة للمساندة 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 بإعاناتي 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 بمترجم 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	المدينة
التاريخ	الولاية
رقم الهاتف	الرمز البريدي

- ☐ أريد أن يمثلني الشخص الوارد اسمه أدناه في جلسة السماع هذه.أمنح أدني 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	المدينة