

حقوقك في جلسة الاستماع

لك الحق في المطالبة بجلسة استماع إذا كنت لا توافق على أي من إجراءات المقاطعة. لديك فترة 90 يوماً للمطالبة بجلسة استماع. لقد بدأت فترة 90 يوماً في اليوم التالي لليوم الذي أعطتك فيه المقاطعة هذا الإشعار أو أرسلته في البريد. إذا كان لديك سبباً وجيهاً لعدم التقدم بطلب لعقد جلسة استماع خلال فترة 90 يوماً، فمن الممكن أن يكون لا يزال بمقدورك طلب عقد جلسة. إذا أبديت سبباً وجيهاً فقد يكون من الممكن تحديد موعد لجلسة استماع.

إذا تقدمت بطلب لعقد جلسة استماع قبل اتخاذ إجراء بخصوص Cash Aid أو Child Care أو Medi-Cal

- سوف تبقى مزاي Cash Aid أو Medi-Cal كما هي خلال فترة انتظار جلسة الاستماع.
- قد تبقى خدمات Child Care كما هي خلال فترة انتظار جلسة الاستماع.
- سنظل مزاي برنامج CalFresh كما هي حتى موعد جلسة الاستماع أو حتى نهاية فترة اعتمادك، أيهما أقرب.

إذا كان القرار الصادر عن جلسة الاستماع ينص على أننا على صواب فسوف تكون مديناً لنا بقيمة أية خدمات Cash Aid أو CalFresh أو Child Care حصلت عليها. لكي تسمح لنا بخفض مزايك قبل جلسة الاستماع، ضع إشارة أدناه:

نعم، أريد تخفيض أو وقف: Cash Aid CalFresh Child Care

أثناء انتظار قرار جلسة استماع لما يلي:

Welfare to Work

لا يتوجب عليك المشاركة في الأنشطة.

قد تتلقى دفعات رعاية الطفل أثناء العمل ولكي لأنشطة التي وافقت عليها المقاطعة قبل هذا الإشعار.

إذا أخبرناك بأن دفعات خدمات الدعم الأخرى سوف تتوقف، فلن تحصل على المزيد من الدفعات حتى إذا ذهبت إلى نشاطك.

إذا أخبرناك بأننا سوف ندفع خدمات الدعم الأخرى، فإنها سوف تدفع بالمقدار والطريقة التي أبلغناك بها في هذا الإشعار.

• للحصول على خدمات الدعم الأخرى، فيجب عليك الذهاب للنشاط الذي أخبرناك المقاطعة بحضوره.

• إذا كان مبلغ خدمات الدعم الذي تدفعه المقاطعة لك خلال فترة انتظارك لقرار جلسة الاستماع ليس كافٍ ليعمل لك بالمشاركة، فيمكنك التوقف عن الذهاب إلى النشاط.

Cal-Learn

- لا يمكنك المشاركة في برنامج Cal-Learn إذا أبلغناك بأنه لا يمكننا خدمتك.
- سوف ندفع فقط مقابل خدمات الدعم لبرنامج Cal-Learn لنشاط مصادق عليه.

معلومات أخرى

أعضاء خطة الرعاية المدارة في Medi-Cal لاحظوا: أن الإجراء الوارد في هذا الإشعار قد يوقف حصولك على الخدمات خطة الرعاية الصحية المدارة الخاصة بك. قد ترغب بالاتصال مع خدمات العضوية في خطتك الصحية إذا كانت لديك أسئلة.

دعم طبي و/أو دعم الأطفال: ستساعدك وكالة دعم الأطفال المحلية على تسلم الدعم بدون تكلفة حتى لو لم تكن تتلقى مساعدة مالية. إذا كانوا يتلقون الدعم الآن بالنيابة عنك، فسوف يستمرون بفعل ذلك حتى تبلغهم خطأً بالتوقف. سوف يرسلون إليك مبالغ الدعم المالي الحالية التي حصلوا عليها ولكنهم سيحتفظون بالمبالغ السابقة المستحقة للمقاطعة.

تنظيم الأسرة: سيقوم مكتب الرعاية الاجتماعية بنزويدك بالمعلومات عندما تطلبها.

ملف جلسة الاستماع: إذا طلبت عقد جلسة استماع، فإن قسم جلسات الاستماع بالولاية سيفتح ملفاً لك الحق في الاطلاع على هذا الملف قبل جلسة الاستماع والحصول على نسخة من موقف المقاطعة المكتوب بخصوص حالتك على الأقل قبل يومين من موعد الجلسة. قد تقوم الولاية بإعطاء ملفك إلى وزارة الرعاية الاجتماعية ووزارة الصحة والخدمات الإنسانية والزراعة. (قانون W&I القسمين 10850 و 10950).

لكي تطالب بعقد جلسة استماع:

- قم بتعبئة هذه الصفحة.
- احتفظ بنسخة من الجهتين الأمامية والخلفية من هذه الصفحة لسجلتك. إذا طلبت، فسيقوم الموظف بتزويدك بنسخة من هذه الصفحة.
- أرسل هذه الصفحة أو خذها إلى:

California Department of Social Services
State Hearings Division, ACAB
744 P Street, MS 9-17-97
Sacramento, CA 95814

أو أرسلها بالفاكس إلى: 1-916-651-2789

- خط الاتصال المجاني: 1-855-795-0634 أو للمعاقين سمعياً ولفظياً مستخدم الهاتف النصي TDD يمكنهم الاتصال على الرقم 1-800-952-8349.

للحصول على المساعدة: يمكنك السؤال عن حقوقك جلسة الاستماع أو عن الإحالة للمساعدة القانونية على الأرقام الحكومية المدرجة أدناه. يمكنك الحصول على مساعدة قانونية مجانية في مكتب المساعدات القانونية المحلي أو مكتب حقوق الرعاية الاجتماعية.

إذا كنت لا ترغب بالذهاب إلى جلسة الاستماع بمفردك، فيمكنك إحضار صديق أو شخص معك إلى جلسة الاستماع.

طلب جلسة الاستماع

أرغب بعقد جلسة استماع بسبب إجراء اتخذته مكتب الرعاية الاجتماع
ية في المقاطعة بخصوص:

Cash Aid CalFresh Medi-Cal

غير ذلك (أذكر)

وفيما يلي السبب:

إذا كنت بحاجة إلى المزيد من المساحة للكتابة، فضع إشارة هنا وقم بإضافة صفحة.

أحتاج لأن تقوم الولاية بتوفير مترجم فوري لي بدون أي تكلفة. (لا يمكن أن يعمل أحد الأقراب أو أحد الأصدقاء مترجماً فورياً لك في جلسة الاستماع.)

إن لغتي أو لهجتي هي

اسم الشخص الذي تم رفض مزايه أو تغييرها أو وقفها

رقم الهاتف	تاريخ الميلاد
عنوان الشارع:	
المدينة	الولاية
الرقم البريدي	
التوقيع	التاريخ
اسم الشخص الذي يقوم بتعبئة هذا النموذج	رقم الهاتف

أرغب بأن يقوم الشخص المذكور أدناه بالنيابة عني في هذه الجلسة الاستماع. أوافق على أن يقوم هذه الشخص بالإطلاع على سجلاتي أو أن يذهب إلى جلسة الاستماع نيابة عني. (هذا الشخص يمكن أن يكون صديق أو قريب ولكن لا يمكن أن يعمل كمترجم فوري لك.)

رقم الهاتف	الاسم
عنوان الشارع:	
المدينة	الولاية
الرقم البريدي	