

إشعار CALFRESH الخاص بالموافقة على/رفض/إنهاء مزايا المكملات الغذائية المحفزة على العمل (WINS)

البلد

تاريخ الإشعار:
اسم الحالة:
رقم الحالة:
اسم العامل:
الرقم/الهوية:
الهاتف:
معلومات على مدار ٢٤ ساعة:
العنوان:

(ADDRESSEE)

الأسئلة؟ اسأل العامل الخاص بك أو اتصل بالرقم أعلاه.

التحقيق الأولي بالولاية: إذا كنت تعتقد أن هذا الإجراء خطأ، يمكنك أن تطلب إجراء تحقيق أولي. سوف يخبرك الجزء الخلفي من هذه الصفحة بطريقة القيام بذلك. ولا يمكن تغيير المساعدات الخاصة بك إذا طلبت إجراء تحقيق أولي قبل اتخاذ هذا الإجراء.

الموافقة

اعتبارًا من _____، سوف تحصل على مساعدة خاصة بمكملات الغذاء من برنامج WINS قدرها عشر دولارات (\$١٠) شهريًا. وأنت تحصل على هذه المساعدات لأنك:

- أحد أفراد الأسرة الذين يتمتعون ببرنامج CalFresh، وليس لديك فرصة عمل بولاية كاليفورنيا ومسؤول عن الأطفال (CalWORKs) أو مزايا المساعدة القبلية المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF)؛
- لديك طفل عمره يقل عن ١٨ عامًا معك في المنزل؛
- يوجد أحد الوالدين على الأقل/ الوصي الذي يعيش بالمنزل يحصل على CalFresh، والذي يقوم بالوفاء بتحديد مزايا المساعدة القبلية المؤقتة للأسر المحتاجة الخاصة «بالأفراد المؤهلين للعمل» والمشاركة لعدد كافي من الساعات في أنشطة العمل المؤهلة التي تفي بالمتطلبات الفيدرالية لمزايا المساعدة القبلية المؤقتة لفوائد الأسر المحتاجة.

ملاحظة: إعادة التأهيل

سوف تحصل على إشعار عندما يحين وقت إعادة تأهيلك لبرنامج CalFresh. وعندئذ سيتم مراجعة استمرار تأهيلك لبرنامج WINS.

وإذا تم الموافقة على طلبك للحصول على برنامج CalWORKs، فإن المساعدة الخاصة بك والتي يقدمها برنامج WINS لن تستمر.

الرفض

أنت غير مؤهل للحصول على مساعدة WINS. وهذا لن يؤثر على مساعدات برنامج CalFresh الخاصة بك.

وهذا لأن:

- الطفل الذي تقوم برعايته يبلغ من العمر ١٨ عامًا أو أكثر.
- الطفل الذي تقوم برعايته لا يعيش معك.
- الوصاية القانونية المقررة للطفل لم يتم الاعتراف بها.
- ساعات العمل الخاصة بك أقل من الحد الأدنى المطلوب للحصول على تأهيل برنامج WINS.
- تم رفض الطلب الذي تقدمت به للاشتراك ببرنامج CalFresh.

أخرى

القواعد: هذه القواعد سارية: 14-14-ACIN I-14، 71-13-ACL، قانون المؤسسات والشؤون الاجتماعية رقم 15525. يمكنك أن تقوم بمراجعتها في مكتب الشؤون الاجتماعية الخاص بك

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 بمرجع 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 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	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 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.