

# إشعار الإصدار الزائد لـ CALFRESH للأخطاء غير المقصودة الخاصة بالإعانات العائلية (IHE) فقط

_____ :	تاريخ الإشعار
_____ :	الحالة
_____ :	الاسم
_____ :	الرقم
_____ :	الموظف المختص
_____ :	الاسم
_____ :	الرقم
_____ :	رقم الهاتف
_____ :	العنوان

الأسئلة؟ اسأل الموظف المختص بك.

العنوان

**جلسة الاستماع في الولاية:** إذا كنت تظن أن هذا الإجراء خاطئ، فيمكنك طلب عقد جلسة استماع. يوجد ما يوضح لك طريقة القيام بذلك على ظهر هذه الصفحة. لا يمكن تغيير الإعانات الخاصة بك في حالة طلب عقد جلسة استماع قبل حدوث هذا الإجراء.

## يجب عليك إما:

ادفع مبلغ إعانات CalFresh الإضافية بالكامل، أو استكمل استمارة اتفاقية إعادة الدفع وقم بتوقيعها، وإعادتها (DFA 377.7C) وادفع حسبما تم الاتفاق عليه.

## إجراءات البرنامج:

- تستند اتفاقية إعادة الدفع على قدرتك الحالية على الدفع حسبما هو محدد بواسطة المقاطعة. أي تغييرات في قدرتك على الدفع قد تغير مدفوعاتك الشهرية.
- إذا لم تقم بتوقيع الاتفاقية وإعادتها في خلال ٣٠ يوم بعد تاريخ هذا الإشعار، فإن مبلغ إعانات CalFresh الذي تحصل عليه سيتم تخفيضه بمقدار \_\_\_\_\_ % بداية من \_\_\_\_\_.
- إذا لم تقم برد المبلغ، يحق للمقاطعة اللجوء لطرق أخرى لتحصيل المبلغ المدين، مثلاً عن طريق المحاكم، أو وكالات التحصيل، وبواسطة إجراء التحصيل الحكومي الفيدرالي.
- في حالة مراجعة هذا الخطأ بواسطة المحكمة أو الاستماع وثبت أن ذلك خطأك، فسيتم تطبيق عقوبات حتى في حالة موافقتك على إعادة دفع المبلغ المدين به.
- في حالة تأخر دفع المطالبة، أو في حالة استخدام الإعانة الأسرية، فقد تخضع لدفع تكاليف المعالجة الإضافية أو تكاليف المحكمة.
- في حالة عدم قيامك برد المبلغ المدين به، يحق للمقاطعة الحصول على مبلغ ضريبة الدخل الخاص بالولاية/الفيدرالي و/أو مطالبة المحكمة بإرفاق الأتعاب أو أي ممتلكات لديك تدين بها.

**تحذير:** إذا وجدت أن هذا الإصدار الزائد خاطئ، فإن هذه هي فرصتك الأخيرة لطلب عقد جلسة استماع. في حالة بقاءك في CalFresh، يمكن للمقاطعة خفض إعانات CalFresh الخاصة بك لتحصيل الإصدار الزائد. في حالة مغادرتك لـ CalFresh قبل إعادة دفع الإصدار الزائد، يحق للمقاطعة الحصول على ما تدين به من مبلغ الضريبة على الدخل.

**القواعد:** تنطبق هذه القواعد على: MPP 63-801.21, Duarte v. Saenz. يمكن مراجعتها في مكتب صرف الإعانات.

تم إصدار العديد من إعانات CalFresh لـ:

الأسرة.

الأسرة، ممن ترعاها.

والسبب:

لا يوهل الدخل المكتسب الذي لم يتم الإبلاغ عنه للتمتع بخصم ٢٠٪.

يجب عليك إعادة دفع إعانات CalFresh الإضافية.

تم إصدار إعانات CalFresh غير الإضافية للفترة

تلقت الأسرة مبلغ \_\_\_\_\_ في إعانات CalFresh.

ينبغي أن تكون الأسرة قد تلقت مبلغ \_\_\_\_\_ في إعانات CalFresh. دولار \_\_\_\_\_ (إعانات CalFresh الإضافية) هو ما تلقينته مطروحاً منه ما ينبغي أن تكون قد تلقينته.

تم تخفيض هذا المبلغ بمقدار \_\_\_\_\_ دولار بسبب تلقينا مبلغ مسترد جزء من المبلغ المدين. أنت مدين الآن بمبلغ \_\_\_\_\_ دولار.

**انظر كيف حددنا المبلغ الإضافي الذي حصلت عليه في ورقة العمل المصاحبة لهذا الإشعار.**

- لا ينبغي عليك استخدام أي إعانات SSI تحصل عليها لإعادة دفع هذا الإصدار الزائد.
- يمكنك طلب الاستماع إذا كنت تشعر أنك قد تلقيت إعانات CalFresh إضافية بسبب وقوع إدارة الإعانات بالمقاطعة في خطأ.
- ستتم عمليات التحصيل من جميع البالغين في الأسرة عند حدوث الإصدار الزائد عن الحد.

## 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 بإعاناتي التالية:

إعانة مالية  CalFresh (كوبونات طعام)  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. أمتح 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).