

إشعار تغيير منافع كوبونات الطعام لأسرة

تبلغ على أساس فصلي

تاريخ الإشعار : _____
اسم القضية : _____
الرقم : _____
اسم الموظف : _____
الرقم : _____
هاتف : _____
العنوان : _____

(ADDRESSEE)

إذا كان لديك أي أسئلة أو كنت ترغب في الحصول على المزيد من المعلومات عن هذا الإجراء، رجاء الاتصال بالموظف المسئول عن قضيتك.

جلسة السماع من قبل الولاية: يمكنك طلب عقد جلسة سماع إذا كنت تعتقد أن هذا الإجراء كان خطأ. توضح لك المعلومات على ظهر هذه الصفحة طريقة طلب عقد جلسة سماع. إذا كانت قد عقدت جلسة سماع بسبب استرداد قيمة كوبونات طعام قدمت لك زيادة عن استحقاقك، لا يمكنك طلب عقد جلسة سماع جديدة، إلا إذا كنت تعتقد بأن هناك خطأ في كمية كوبونات الطعام التي تستلمها بسبب الإصدار الزائد.

تغيير المنافع

بدأ من _____ سيتم تغيير منافع كوبونات الطعام التي تحصل عليها من _____ دولار إلى _____ دولار كل شهر بسبب:

لا يوجد تغيير في المنافع

لم تتغير منافع كوبونات طعامك خلال هذا الفصل نتيجة للوثاق/المعلومات التي استلمتها لأن:

أي تغييرات تقدمت بها طوعيا يجب التبليغ عنها ثانية في تقريرك الفصلي (QR 7) التالي إضافة إلى إثبات التغيير.

إنهاء

بدأ من _____ ، سيتم إنهاء منافع كوبونات الطعام التي تحصل عليها بسبب:

استنادا على سبب إنهاء منافعك فإن أسرته أيضا غير مؤهلة للمساهمة في برنامج كوبونات الطعام حتى تاريخ _____ يمكنك التقدم بطلب جديد للحصول على المنافع في نهاية فترة عدم التأهيل.

ملاحظات:

لقد تم إعلامك عن الإصدار الزائد لكوبونات الطعام ولهذا تستلم حاليا مبلغا أقل من كوبونات الطعام لأن الكاونتي قررت تخفيض مخصصاتك الشهرية بـ 10% أو 10 دولار (أيهما كان أكثر) وذلك لاسترداد قيمة كوبونات الطعام التي حصلت عليها ولم تكن مؤهلا لها. لقد تقرر في المحكمة أو من خلال جلسة سماع عقدتها الولاية أو لأنك وقعت على اتفاقية موافقة على سحب الأهلية أو التنازل عن جلسة سماع لسحب التأهيل بأن الإصدار الزائد يشكل خرقا مقصودا لبرنامج (IPV). يتم حاليا تغيير مخصصاتك الشهرية لأنه يحق للكاونتي أن تبدأ بتخفيض مخصصاتك بنسبة 20% أو 10 دولار (أيهما كان أكثر). إذا كانت هناك أي تغييرات أخرى لمخصصاتك الشهرية من كوبونات الطعام سيعلمك هذا النموذج بذلك.

تغيير المنافع المقترح

بدأ من _____ يمكن تخفيض كوبونات طعامك أو إنهاؤها لأنه لم يتم استلام البيانات المطلوبة لتحديد استمرار تأهيلك أو المبلغ الصحيح لمنافعك مع طلب وضع التأهيل الفصلي (QR 7). يجب أن نستلم المعلومات التالية في وقت أقصاه اليوم الأول من الشهر التالي:

إذا تم طلب تقديم إثبات بالنفقات ولم تقم بتزويده، لن يسمح بالتكلفة عند احتساب منافع الفصل التالي. أيضا، إذا لم تقم بتزويد البيانات الأخرى المطلوبة، قد يتم تخفيض أو إنهاء منافعك.

القواعد: تطبق القواعد التالية على الإجراءات أعلاه. يمكنك مراجعتها في مكتب الإنعاش المحلي.

حقوقك لعقد جلسة سماع

لك الحق في أن تطلب عقد جلسة سماع إذا لم توافق على أي من إجراءات الكاونتي. لديك 90 يوماً فقط لطلب عقد جلسة سماع. بدأت مدة الـ 90 يوماً بعد أن قامت الكاونتي بإعطائك هذا الإشعار أو إرساله لك بالبريد.

تطلب عقد جلسة سماع:

- قم بتكملة هذه الصفحة.
- اعمل نسخة عن وجه وظهر الصفحة للاحتفاظ بها في سجلاتك. إذا طلبت، سيقوم الموظف المسئول عن قضيتك بتزويدك بنسخة عن هذه الصفحة.
- أرسل هذه الصفحة إلى:

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

- ستبقى إعانتك المالية أو Medi-Cal على ما هي خلال فترة الانتظار لعقد جلسة السماع.
- ستبقى خدمات رعاية طفل على ما هي خلال فترة الانتظار لعقد جلسة السماع.
- ستبقى إعانتك من كوبونات الطعام على ما هي حتى عقد جلسة السماع أو إلى انتهاء مدة الترخيص، أيهما جاء أولاً.

إذا كان قرار جلسة السماع بأنك على حق، سوف تكون مدينا لنا بأي مبلغ نقدي أو كوبونات طعام أو خدمات رعاية طفل حصلت عليها. لكي تطلب منا تخفيض أو إيقاف منافعك قبل عقد جلسة السماع، اشر أدناه.

نعم، يرجى تخفيض أو إيقاف: مساعدة مالية كوبونات طعام رعاية طفل

خلال فترة انتظارك لقرار جلسة السماع:

من الإنعاش للعمل (Welfare to work):

أنت غير مرغما على الاشتراك في النشاطات.

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

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

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

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

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

برنامج 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 المساعدة 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.

مساعدة طفل/زوجة أو مساعدة طبية: وكالة مساعدة الأطفال المحلية سوف تساعد في تحصيل المساعدة حتى إذا لم تكن تحصل على إعانة مالية. إذا كانت تقوم بتحصيل المساعدة لك، سوف تواصل ذلك إلا إذا طلبت منها خطياً بالتوقف. سوف ترسل لك مبلغ المساعدة 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 (State Hearing Division) بتخصيص 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).

أو
اتصل بالرقم المجاني: 1-800-952-5253 أو لضعفاء اللفظ والسمع يمكن طلب خط
TDD. 1-800-952-8349.

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
بخصوص:

الإعانة المالية كوبونات الطعام Medi-Cal غير ذلك (حدد):

فيما يلي السبب:

إذا احتجت لمجال إضافي، أشر هنا وأضف صفحة.

أريد أن تزودني الولاية بمرجم 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.

تاريخ الولادة

رقم الهاتف

عنوان الشارع

الولاية

الرمز البريدي

المدينة

التوقيع

اسم الشخص الذي قام بتكملة هذا النموذج

رقم الهاتف

أرغب بأن يقوم الشخص المذكور اسمه أدناه بتمثيلي خلال جلسة السماع.
أمنح إذني لهذا الشخص لرؤية سجلاتي أو الذهاب إلى جلسة السماع نيابة
عني. (يمكن أن يكون هذا الشخص صديقاً أو قريباً، إنما لا يمكنه الترجمة
لك).

الاسم

رقم الهاتف

عنوان الشارع

الولاية

الرمز البريدي

المدينة