

اعلاميه بازپرداخت CALFRESH برای فقط خطاهای اداري (AE)

تاریخ اعلامیه _____ :
اسم پرونده _____ :
شماره _____ :
اسم مأمور رسیدگی _____ :
شماره _____ :
تلفن _____ :
نشانی _____ :

(ADDRESSEE)

سوالی دارید؟ از مأمور رسیدگی بپرسید.

جلسه رسیدگی ایالتی: اگر فکر می کنید این اقدام درست نیست، می توانید برای يك جلسه رسیدگی درخواست کنید. روش آن در پشت این برگه آمده است. اگر قبل از اینکه این اقدام انجام شود برای يك جلسه رسیدگی درخواست کنید، ممکن است مزایای شما تغییر نکند.

مزایای Calfresh زیادی توزیع شد برای:

خانوار.

خانواری که ضمانت کردید.

دلیلش اینست:

درآمد کسب شده گزارش نشده حق برخورداری از 20% کسری را ندارد.

بایستی مزایای کوپن غذایی اضافی را بازپرداخت کنید. \$ _____ به صورت کوپن های غذایی اضافی برای دوره

\$ _____ توزیع شد. خانوار _____

به صورت مزایای Calfresh دریافت کرد.

خانوار بایستی \$ _____ به صورت مزایای Calfresh دریافت می کرد.

\$ _____ (مزایای Calfresh اضافی) مقداری است که دریافت کردید

منهای آنچه بایستی دریافت می کردید.

این مقدار به میزان \$ _____ اهنش پیدا کرد چون بازپرداختی برای بخشی از مقدار بدهکاری دریافت کردیم. حالا \$ _____ بدهکار هستید.

ببینید چگونه ما مقدار اضافی دریافتی شما را در برگ کاری همزه این اعلامیه تخمین می زنیم.

لازم نیست که از هرگونه مزایای درآمد تأمین تکمیلی (SSI: Supplemental Security Income) برای بازپرداخت این توزیع بیش از مقدار مقرر استفاده کنید.

LPMELI در مقابل SAENZ

مقررات فدرال ما را ملزم می کنند اگر عقیده داشته باشیم که قادر به بازپرداخت مبلغ ادعا شده نیستید، مقرراتی داشته باشیم تا هر بخشی از مبلغ ادعا شده شما را ببخشیم. ما تنها بخشی از مبلغ ادعا شده را می بخشیم که بخشداری مرتکب اشتباه شده باشد. چون بخشداری مرتکب اشتباه شد، مقدار فوق را با کاهش سهمیه پرداختی ماهانه شما به میزان 5% ویا \$10.00، هر کدام که بیشتر باشد برای مجموع حداکثر 36 ماه جمع آوری خواهیم کرد. در پایان این مدت، هرگونه تنمه باقی مانده که زیادی پرداخت شده باشد بخشیده شده و جمع آوری نخواهد شد.

هنگامیکه توزیع بیش از مقدار مقرر رخ داده باشد، جمع آوری از همه بزرگسالان در خانوار انجام خواهد شد.

بایستی یکی از این دوکار را بکنید:

برای مزایای Calfresh به طور کامل پرداخت کنید ویا فرم موافقت نامه بازپرداخت (DFA 377.7E1) الصاقی را پر کرده، امضاء کنید و برگردانید و به طوری که توافق شده بپردازید.

اخطار: اگر فکر می کنید این توزیع بیش از مقدار مقرر درست نیست، این آخرین فرصت درخواست برای يك جلسه رسیدگی است. روش آن در پشت این برگه آمده است. اگر در برنامه Calfresh باقی بمانید، بخشداری می تواند این توزیع بیش از مقرر را با کم کردن Calfresh ماهانه شما وصول کند. اگر قبل از اینکه توزیع بیش از مقدار مقرر بازپرداخت شود از برنامه Calfresh خارج شوید، بخشداری ممکن است آنچه را که مقروض هستید از بازپرداخت مالیات بردرآمد ایالتی/فدرال شما کسر کند.

اقدامات برنامه:

• موافقت نامه بازپرداخت براساس بدهی جاری شما خواهد بود، به طوریکه توسط بخشداری محاسبه شده است. هرگونه تغییراتی در بدهی شما ممکن است پرداخت های ماهیانه شما را تغییر دهد.

• اگر موافقت نامه را در ظرف 30 روز بعد از تاریخ اعلامیه امضاء و برنگردانید، مقدار مزایای Calfresh که دریافت می کنید از تاریخ _____ به میزان _____٪ کاهش پیدا خواهد کرد.

• اگر بازپرداخت نکنید، بخشداری ممکن است از روش های دیگری برای وصول مبلغ بدهی استفاده کند، از قبیل از طریق دادگاه، روش های دیگر سازمان وصول ویا توسط اقدام وصول دولت فدرال.

• اگر بعداً این اشتباه بوسیله دادگاه یا دادرسی بررسی شود و مشخص شود که خطای شما بوده است، مجازات می شوید حتی اگر توافق کنید بدهکاری خود را مجدداً بپردازید.

• اگر پرداخت بدهی عقب بیفتد ویا از خانوار اقامه دعوی شود، ممکن است مشمول هزینه های رسیدگی ویا هزینه های دادگاهی اضافی شوید.

• اگر مقدار بدهی را بازپرداخت نکنید، بخشداری ممکن است بازپرداخت مالیات بردرآمد ایالتی/فدرال شما را ضبط کرده و/یا از دادگاه بخواهد که حقوق شما ویا هرگونه دارایی که دارید را مصادره کند.

مقررات: این مقررات اطلاق می شوند:

MPP 63-801.22, 63-801.43, 63-801.7, Lomeli v. Saenz, Duarte v. Saenz

می توانید آنها را در دفتر رفاه مرور کنید.

حقوق دادرسی شما

چنانچه با اقدامی از اقدامات استان مخالفید، حق درخواست دادرسی برای شما محفوظ است. برای ارائه درخواست دادرسی، تنها 90 روز فرصت دارید. این 90 روز از روزی که استان این اعلان را به شما تحویل داده یا ارسال نمود، آغاز می‌شود. چنانچه در ظرف 90 روز، دلیل مناسبی برای عدم ارائه درخواست دادرسی داشته باشید، می‌توانید درخواست دادرسی ارائه نمایید. چنانچه بتوانید دلیل مناسبی ارائه نمایید، می‌توان زمامی را برای دادرسی تعیین نمود.

چنانچه قبل از اینکه اقدامی برای Cash Aid، Medi-Cal، CalFresh (کوپن غذا)، یا Child Care صورت پذیرد:

- در زمانی که منتظر دادرسی هستید، Cash Aid یا Medi-Cal شما بدون تغییر باقی خواهد ماند.
- خدمات Child Care شما ممکن است مادامیکه منتظر دادرسی هستید، ثابت باقی بماند.
- CalFresh (کوپن غذای) شما، در طول دادرسی یا پایان دوره تاییدیه شما، هر کدام که زودتر اتفاق بیافتد، ثابت خواهد ماند.

چنانچه رای دادرسی به نفع ما بود، شما بابت هرگونه مبلغ اضافی خدمات Cash Aid، CalFresh (کوپن غذا) یا Child Care که در اختیار شماست، به ما بدهکار خواهید شد. برای کاهش یا قطع مستمری‌های‌تان قبل از جلسه دادرسی، لطفاً موارد لازم را علامت بزنید:

بله موارد علامت‌زده شده را کاهش داده یا قطع کنید: Cash Aid CalFresh (کوپن غذا) Child Care

در زمان انتظار برای رای دادرسی:

Welfare to Work (برنامه رفاه از طریق کار):

مجبور نیستید در فعالیت‌ها شرکت کنید.

می‌توانید برای اشتغال و سایر فعالیت‌هایی که قبل از این اعلان موردتایید استان قرار گرفته‌اند، مستمری نگهداری کودک دریافت نمایید.

اگر ما به شما اعلام کردیم سایر مستمری‌های خدمات حمایتی شما قطع خواهد شد، هیچ مبلغ دیگری دریافت نخواهید نمود، حتی اگر فعالیت‌های خود را انجام دهید.

اگر به شما اعلام کردیم سایر مستمری‌های خدمات حمایتی شما را پرداخت خواهیم نمود، مبالغ مذکور برابر با مبلغی که در این اعلان آمده و به شکلی که اینجا اعلام کرده‌ایم، پرداخت خواهد شد.

- به منظور دریافت این خدمات، باید در فعالیتی که استان به شما گفته است، شرکت نمایید.
- اگر در طول زمانی که منتظر رای دادرسی هستید، مبلغی که استان بابت خدمات حمایتی به شما می‌دهد، به اندازه‌ای نیست که به شما امکان شرکت در فعالیت را بدهد، می‌توانید شرکت در فعالیت را متوقف نمایید.

برنامه Cal-Learn:

- چنانچه به شما اعلام نمودیم ما قادر به ارائه خدمات به شما نیستیم، نمی‌توانید در برنامه Cal-Learn شرکت نمایید.
- ما تنها در ازای یک فعالیت تاییدشده، بابت خدمات حمایتی Cal-Learn مستمری پرداخت می‌نماییم.

سایر اطلاعات

اعضای طرح مراقبت مدیریت‌شده Medi-Cal: اقدام قانونی براساس این اعلام ممکن است ارائه خدمات را به شما از طریق طرح سلامت مراقبت مدیریت‌شده متوقف نماید. چنانچه در این مورد سوالی دارید، می‌توانید آنرا با خدمات عضویت طرح بهداشتی مطرح نمایید.

حمایت از کودک و یا حمایت پزشکی: اداره محلی حمایت از کودک به شما کمک می‌کند بدون پرداخت هیچ هزینه‌ای، حتی اگر کمک نقدی نیز دریافت نمی‌کنید، مستمری حمایتی را وصول نمایید. اگر ایشان هم‌اکنون کار وصول مستمری حمایتی را انجام می‌دهند، این کار را تا زمانی که شما کتباً از ایشان درخواست توقف این کار را ننمایید، ادامه خواهند داد. آنها وجه حمایتی فعلی را که وصول نموده‌اند، برای شما ارسال خواهند کرد، با اینحال مبلغ معوقی وصول‌شده‌ای را که به استان بدهکار هستید، نگه خواهند داشت.

کنترل خانواده: بنا به درخواست شما، اداره رفاه اطلاعاتی را به شما در این مورد ارائه خواهد نمود.

پرونده دادرسی: چنانچه درخواست دادرسی نمایید، بخش دادرسی ایالتی یک پرونده برای شما تشکیل خواهد داد. شما حق مشاهده این پرونده را قبل از دادرسی و دریافت یک نسخه از نظر کتبی استان را در مورد پرونده‌تان حداقل دو روز قبل از دادرسی دارید. ایالت ممکن است پرونده دادرسی شما را به اداره رفاه و وزارت بهداشت و خدمات انسانی و وزارت کشاورزی بدهد. (بخشهای 10850 و 10950 قانون رفاه و موسسات)

جهت درخواست دادرسی:

- این صفحه را تکمیل نمایید.
- برای نگهداری در بایگانی‌تان، یک کپی از پشت و روی این صفحه برای خود داشته باشید.
- چنانچه بخواهید، مددکار اجتماعی شما یک کپی از این صفحه برای شما تهیه خواهد نمود.
- این صفحه را به این آدرس ارسال نموده و یا شخصاً تحویل دهید:

و یا

با تلفن رایگان 1-800-952-5253 تماس بگیرید. افراد دارای مشکلات شنوایی یا گفتاری که از وسایل ارتباطی مخصوص ناشنوایان استفاده می‌کنند، می‌توانند با این شماره تماس بگیرند: 1-800-952-8349.

جهت دریافت کمک: می‌توانید از طریق تماس با شماره‌های ایالتی رایگان فوق، در مورد حقوق دادرسی خود یا معرفی شدن جهت دریافت مساعدت حقوقی، سوال نمایید. می‌توانید از طریق اداره محلی مساعدت حقوقی و حقوق رفاهی خود، کمک حقوقی رایگان دریافت نمایید.

اگر نمی‌خواهید در جلسه دادرسی تنها باشید، می‌توانید دوست یا شخص دیگری را همراه خود بیاورید.

تقاضای دادرسی

من نسبت به اقدامی از سوی اداره رفاه استان _____ در موارد زیر تقاضای دادرسی دارم:

Cash Aid CalFresh (کوپن غذا) برنامه Medi-Cal سایر (فهرست کنید) _____

دلیل آن:

اگر به جای بیشتری نیاز دارید، در اینجا کلیک کرده و یک صفحه اضافه کنید.

من به کمک ایالت برای فراهم نمودن رایگان یک مترجم شفاهی برای من، احتیاج دارم. (یکی از بستگان یا دوستان‌تان نمی‌تواند در دادرسی برای شما ترجمه شفاهی انجام دهد.)

زبان یا لهجه من: _____

نام شخصی که مستمری وی سلب شده، تغییر یافته یا پرداخت آن متوقف شده است.

تاریخ تولد	شماره تلفن
آدرس	
شهر	ایالت
کدپستی	
امضا	تاریخ
نام تکمیل‌کننده این فرم	شماره تلفن

من مایلم شخص نامبرده در زیر نمایندگی من را در جلسه دادرسی برعهده بگیرد. من به این شخص اجازه می‌دهم سوابق من را مشاهده نموده و همراه با من به جلسه دادرسی بیاید. (این شخص می‌تواند یک دوست یا یکی از بستگان شما باشد. با اینحال وی نمی‌تواند برای شما ترجمه شفاهی انجام دهد.)

نام	شماره تلفن
آدرس	
شهر	ایالت
کدپستی	