

اعلامیه توزیع بیش از مقدار مقرر CALFRESH فقط برای خطاهای مدیریتی (AE)

_____ :	تاریخ اعلامیه
_____ :	اسم پرونده
_____ :	نام
_____ :	شماره
_____ :	اسم مأمور رسیدگی
_____ :	نام
_____ :	شماره
_____ :	تلفن
_____ :	آدرس

سوآلی دارید؟ از مأمور رسیدگی بپرسید.

(نشانی)

جلسه رسیدگی ایالتی: اگر فکر می کنید که این اقدام درست نیست، می توانید برای یک جلسه رسیدگی درخواست کنید، مگر اینکه قبلاً در مورد مقداری که مقروض هستید یک جلسه رسیدگی داشته اید. روش آن در پشت این برگه آمده است. اگر قبل از اینکه این اقدام انجام شود برای یک جلسه رسیدگی درخواست کنید، ممکن است مزایای شما تغییر نکند.

هشدار: اگر فکر می کنید که این توزیع بیش از مقدار مقرر درست نیست، این آخرین فرصت درخواست برای یک جلسه رسیدگی است. اگر در CalFresh باقی بمانید، بخشداری می تواند مزایای CalFresh شما را برای جمع آوری توزیع بیش از مقدار مقرر کاهش دهد. اگر از برنامه CalFresh خارج شوید، بخشداری ممکن است آنچه را که مقروض هستید از بازپرداخت مالیات بردآمد شما کسر نماید.

اقدامات برنامه:

- توافقنامه بازپرداخت شما بر توانایی فعلی شما برای بازپرداخت، طبق صلاحدید بخشداری، مبتنی می باشد. هرگونه تغییر در توانایی پرداخت شما می تواند پرداخت های ماهیانه شما را تغییر دهد.
- چنانچه توافقنامه را ظرف ۳۰ روز از تاریخ این ابلاغ امضاء نکنید و به ما تحویل ندهید، مزایای CalFresh که شما دریافت می کنید از تاریخ _____ به میزان % _____ کاهش خواهد یافت.
- چنانچه بدهی های خود را پرداخت نکنید، بخشداری می تواند به روش های دیگری برای وصول بدهی ها متوسل شود، به عنوان مثال از طریق دادگاه و یا با توسل به اقدامات دولت فدرال یا سایر روش ها مورد استفاده در آژانس های استرداد بدهی عمل کند.
- چنانچه بعدها مشخص گردد که اشتباه شخصی بوده است، حتی در صورتی که قبول کنید که بدهی خود را بپردازید، باز هم مشمول مجازات قرار خواهید گرفت.
- چنانچه ادعا جنبه جرم پیدا کند و یا خانواده خاطی تحت پیگرد قرار گیرند، ممکن است هزینه های رسیدگی و مخارج دادگاه هم اخذ گردد.
- چنانچه بدهی خود را پرداخت نکنید، بخشداری می تواند بازپرداخت مالیات بر درآمد ایالتی شما را مصادره کند و یا از دادگاه بخواهد حقوق و یا سایر مایملک شما را توقیف نماید

مزایای بسیار زیادی برای افراد زیر صادر شده است:

- خانوار.
 خانواری که اسپانسرشان هستید.

دلیلش این است:

درآمد کسب شده گزارش نشده برای کاهش ۲۰٪ مناسب نیست.

مزایای اضافی CalFresh را باید بازپرداخت کنید.
_____ به صورت مزایای اضافی CalFresh برای مدت
زمان _____ صادر شده است.

این خانوار _____ دلار به صورت مزایای CalFresh دریافت نموده اند.

این خانوار باید _____ دلار به صورت مزایای CalFresh دریافت کنند.
_____ دلار (مزایای اضافی CalFresh) آنچه شما دریافت نمودید منهای آنچه باید دریافت کرده باشنید.

این مقدار _____ دلار کاهش می یابد چون ما بدهکار مزایای این خانوار
از ماه ها قبل هستیم یا بازپرداخت بخشی از بدهی را دریافت نموده ایم. اکنون شما
_____ دلار بدهکارید.

**نحوه محاسبه این مقدار اضافی را در کاربرگی که با این اعلامیه دریافت نموده اید می
توانید مشاهده کنید.**

- لازم نیست که از هر گونه مزایای درآمد تأمین تکمیلی SSI برای بازپرداخت این توزیع بیش از مقدار مقرر استفاده کنید.
- اگر فکر می کنید به دلیل اشتباه اداره رفاه مزایای CalFresh اضافی دریافت نموده اید، می توانید یک جلسه رسیدگی درخواست کنید.

شما باید یا:

هزینه مزایای CalFresh اضافی را به طور کامل پرداخت نمایید، یا اینکه فرم توافقنامه بازپرداخت (DFA 377.7E)، که به پیوست تقدیم می گردد، را تکمیل و امضاء نموده آن را به ما تحویل دهید و بازپرداخت را طبق مفاد توافقنامه مذکور انجام دهید.
مقررات: این مقررات اجرا می شود: 63-801.43 MPP، 63-801.22، 63-801.7-63-801.4
63-801.4
شما می توانید آنها را در دفتر رفاه خود بررسی 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، مبلغ 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 مدیریت شده Medi-Cal: اقدام قانونی براساس این اعلام ممکن است ارائه خدمات را به شما از طریق طرح سلامت مراقبت مدیریت شده 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	