STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

استان

اعلامیه تایید/رد درخواست مزایای CALFRESH در زمان حادثه

تاریخ اعلامیه : _____

پرونده
نام : _____

شماره : _____

کارمند
نام : _____

شماره : _____

تلفن : _____

آدرس : _____

(مخاطب)

سوال؟ از کارمند خود بپرسید.

وضعیت دادرسی: اگر به نظر شما این کار اشتباه است، می توانید درخواست دادرسی کنید. در پشت این برگ نحوه کار ذکر شده است. اگر قبل از انجام این کار تقاضای دادرسی کنید، مزایای شما ممکن است عوض نشود.

☐ **درخواست شما برای مزایای CalFresh حادثه تایید شده است.** مدت زمان دریافت مزایا طبق مدارک شما از _____ تا _____.

مقدار مزایای CalFresh حادثه برای خانواده _____، _____ است.

☐ **درخواست شما برای مزایای CalFresh حادثه به دلیل زیر رد شده است:**

- ☐ در مصاحبه CalFresh حادثه شرکت نکردید.
- ☐ در زمان حادثه در محل حادثه زندگی یا کار نمی کردید.
- ☐ درآمد و منابع مالی شما بیش از حد درآمد و منابع مالی برنامه CalFresh حادثه بوده است.
- ☐ سایر دلایل _____.

جدول زیر نحوه محاسبه مزایای CalFresh حادثه را برای خانواده شما نشان می دهد. ما از اطلاعات ارائه شده توسط شما در فرم درخواست CalFresh حادثه (DFA 385) استفاده کردیم تا مقدار مزایای CalFresh حادثه را برای شما تعیین کنیم.

محاسبه مزایای DFA 385 حادثه:		
الف. درآمد پیش بینی شده	$	
ب. منابع نقدی موجود	(+)	
پ. کل درآمد در زمان حادثه = (الف+ب)	(=)	
ت. کل هزینه های قابل قبول مربوط به حادثه	(-)	
ث. درآمد موجود در زمان حادثه = (پ-ت)	(=)	
ج. حداکثر درآمد در زمان حادثه محدودیت تعداد اعضای خانواده از اطلاعات جدول (حادثه استفاده کنید)		تعداد اعضای خانواده:
اگر (ث) برابر با یا کمتر از (ج) است، خانواده واجد شرایط است.		
چ. سهم حادثه (از جدول حادثه)		
ح. سهم عادی که تاکنون دریافت شده (در صورت وجود)	(-)	
خ. سهم خالص حادثه (چ-ح)	(=)	

قوانین: این قوانین اعمال می شود. MPP 63-900
می توانید در دفتر رفاه آنها را بخوانید.

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 عدم‌ارائه درخواست دادرسی داشته باشید، می‌توانید درخواست دادرسی ارائه نمایید. چنانچه بتوانید دلیل مناسبی ارائه نمایید، می‌توان زمانی 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 هستند، Cash Aid یا Medi-Cal شما بدون‌تغییر 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، هرکدام 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 علامت‌زده‌شده 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 نمایید، 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 درمورد 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 شنوایي 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، درمورد 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	