

بخش

تذکر CALFRESH در مورد تغییر بریا خانواده هایی که به صورت نیمه سالانه گزارش می دهند

پرونده تاریخ تذکر
نام
شماره
نام کارگزار
شماره
شماره تلفن
آدرس

اگر در مورد این عمل هرگونه سوالی داشته یا در این مورد اطلاعات بیشتری می خواهید، لطفاً با کارگزار خود تماس بگیرید.

دادرسی ایالتی: اگر باور دارید که این عمل اشتباه است، می توانید تقاضای دادرسی کنید. پشت این صفحه به شما می گوید که چگونه تقاضای دادرسی کنید. اگر شما قبلاً دادرسی به دلیل صدور اضافی داشته اید، نمی توانید تقاضای دادرسی جدید کنید، مگر در صورتی که فکر کنید مقدار مزایای CalFresh (برنامه کمکی تغذیه مکمل به صورت برنامه الکترونیکی ماهیانه برای خرید بسیاری از مواد غذایی از سوپرمارکت ها و فروشگاه ها) که شما به دلیل صدور اضافی می گیرید، نادرست است.

(ADDRESSEE)

عدم تغییر در مزایا

مزایای CalFresh شما در این دوره تغییر نکردند، و این امر به دلیل اسناد/اطلاعاتی می باشد که دریافت کرده ایم، زیرا:

هر تغییری که شما به صورت داوطلبانه گزارش کرده اید، می بایست دوباره در گزارش نیمه سالانه شما، (SAR 7) به همراه مدارک تغییرات، گزارش شود.

پایان

قابل اجرا _____، مزایای CalFresh شما پایان یافته است، زیرا:

بر اساس دلایل، مزایای شما به پایان رسیده است، همچنین خانواده شما برای شرکت در برنامه CalFresh تا _____ سلب صلاحیت می شوند. شما می توانید در پایان این دوره سلب صلاحیت مجدداً برای این مزایا درخواست دهید.

توضیحات

تغییر در مزایا

قابل اجرا _____، مزایای CalFresh شما از \$ _____ به \$ _____ در هر ماه تغییر می کند، زیرا:

قبلاً به شما در مورد صدور اضافی CalFresh گفته شده است و شما مزایای CalFresh کمتری دریافت می کنید، زیرا بخش مستمری ماهانه شما را 10% یا \$10 (هرکدام که بیشتر است) کاهش می دهد تا مزایای CalFresh را که دریافت کرده اید و نمی بایست دریافت می کردید را باز پس بگیرید. این امر در دادگاه توسط یک دادرسی دولتی تصمیم گرفته شده است و یا به این دلیل که شما یک موافقت نامه رضایتمندانه رد صلاحیت یا چشم پوشی از دادرسی اداری رد صلاحیت را امضا کرده اید که این صدور اضافی یک نقض عمدی برنامه (IPV) بوده است. اکنون مستمری ماهانه شما تغییر داده می شود زیرا بخش می تواند کاهش 20% یا \$10 (هرکدام که بیشتر است) مستمری شما را آغاز کند. اگر تغییر دیگری در مورد مستمری CalFresh ماهانه شما وجود داشته باشد، این فرم به شما خواهد گفت.

تغییر پیشنهادی در مزایا

قابل اجرا _____، مزایای CalFresh شما ممکن است کاهش یافته یا متوقف شود زیرا اطلاعاتی که برای تعیین واجد شرایط بودن شما لازم است، یا مقدار درست مزایای شما به همراه گزارش نیمه سالانه وضعیت شایستگی شما (SAR 7) دریافت نشده است. ما می بایست این اطلاعات را تا قبل از اولین روز ماه آینده دریافت کنیم:

اگر تاییدیه یک هزینه خواسته شده باشد و شما آن را فراهم نکرده باشید، این هزینه در محاسبات منظور نمی شود. همچنین اگر هرگونه اطلاعات.

قوانین: این قوانین در مورد عملکرد (های) فوق به کار می روند.

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 زمانی را برای دادرسی تعیین نمود.

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 با گفتاری که از وسایل ارتباطی مخصوص ناشنویان 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 مورد زیر تقاضای دادرسی دارم:

Cash Aid CalFresh 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 مستمري 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	

چنانچه قبل از اینکه اقدامی برای Cash Aid، Medi-Cal، CalFresh، 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 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 یا Child Care که در اختیار شماست، به ما بدهکار خواهید شد.

برای کاهش یا قطع مستمري‌های‌تان قبل از جلسه دادرسی، لطفاً موارد لازم را علامت بزنید:

بله موارد علامت‌زده شده را کاهش داده یا قطع کنید: Cash Aid CalFresh 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، مستمري نگهداری کودک دریافت نمایید.

اگر ما به شما اعلام کردیم سایر مستمري‌های 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 مستمري‌های 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 مستمري 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، مستمري حمایتی را وصول نمایید. اگر ایشان هم‌اکنون کار وصول مستمري 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)