

اعلامیه وقفه در صدور کوپن غذایی

(قصور در برآوری مقررات کاری بزرگسالان توانا و سالم بدون وابسته)

وابسته

(Able-Bodied Adults Without Dependents (ABAWDs) Work Rule)

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

(ADDRESSEE)

سوالی دارید؟ از مأمور رسیدگی بپرسید.

جلسه رسیدگی ایالتی: اگر فکر می‌کنید این اقدام درست نیست، می‌توانید برای یک جلسه رسیدگی درخواست کنید. 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.

- حداقل برای 30 ساعت در هفته مشغول به کار هستید و یا شغل آزاد دارید و یا موجب هفتگی دریافت می‌کنید که حداقل مساوی دستمزد حداقل فدرال ضریب 30 ساعت می‌باشد.
- حداقل به طور نیمه وقت به مدرسه می‌روید؛
- حامله هستید؛ و یا
- در یک خانوار کوپن غذایی زندگی می‌کنید که شامل یک کودک صغیر است حتی اگر کودک صغیر برای کوپن های غذایی واجد شرایط نیست.

کوپن های غذایی خود را از دست نمی دهید در صورتیکه

تا تاریخ _____ ، شما _____ (تاریخ)

- دلیل لفظی و یا کتبی نشان دهید که مقررات کاری ABAWD را برآورده می‌کنید.
- معذور هستید (به فهرست در سمت راست مراجعه شود «معذورت از مقررات کاری»).
- دلیلی برای برآورده نکردن مقررات کاری دارید (از قبیل موقتاً بیمار بوده اید، از یک عضو بیمار در خانوار مراقبت می‌کردید، یک وضعیت اضطراری در خانوار داشتید، وسیله ترابری موجود نبود، مشکل مکالمه، خواندن و یا نوشتن به زبان انگلیسی دارید).
- شروع به برآوری مقرراتی می‌کنید که در برآوری آنها قصور کردید (به مقررات کاری فوق رجوع شود و یا با مأمور رسیدگی به پرونده تان تماس بگیرید).

دوره 36 ماهه

- در طول یک دوره 36 ماهه می‌توانید فقط برای سه ماه کوپن غذایی دریافت کنید مگر اینکه مقررات کاری ABAWD را برآورده کنید.
- اگر شرایط خاصی برآورده شوند، می‌توانید برای سه ماه دیگر بدون برآورده کردن مقررات کاری ABAWD کوپن غذایی دریافت کنید.

روش دریافت دوباره کوپن های غذایی

- در صورتیکه یکی از مقررات کاری ABAWD که در بالا ذکر شد را در طول یک دوره 30 روزه برآورده کنید، می‌توانید کوپن غذایی دریافت کنید.
- اگر از مقررات کاری معذور شوید و یا بعد از تاریخ _____ ، _____ (تاریخ) ، هنگامیکه دوره 36 ماهه شما تمام شود، می‌توانید در هر زمان درخواست کنید.

برای معذور شدن از مقررات کاری، بااستی

- زیر 18 سال و یا 50 سال یا بیشتر عمر داشته باشید؛
- برای اشتغال از لحاظ جسمی و یا فکری واجد شرایط نباشید؛
- مقررات رفاه به کار CalWORKs را برآورده کنید؛
- از یک فرد مصدوم و یا بیمار مراقبت کنید که به مدت بیش از 30 روز به کمک نیاز خواهد داشت.
- در یک برنامه مداوای الکلی ها و یا معتادان شرکت کنید که به شما امکان کار کردن برای 30 ساعت یا بیشتر در هفته را نمی‌دهد.
- مزایای بیمه بیکاری را دریافت می‌کنید و یا برای آن درخواست کرده اید؛

مقررات: این مقررات اطلاق می‌شوند. می‌توانید آنها را در دفتر رفاه مرور کنید.

MPP بخش 63-410: □ دیگر □

حقوق شما در جلسه رسیدگی

اگر با هریک از اقدامات بخشداری موافق نیستید، حق دارید که برای يك جلسه رسیدگی درخواست کنید. فقط 90 روز فرصت دارید تا برای يك جلسه رسیدگی درخواست کنید. این 90 روز از روز بعد از تاریخی شروع می شود که بخشداری این اعلامیه را به شما داد ویا ارسال کرد.

برای درخواست برای يك جلسه رسیدگی:

- این برگه را پر کنید.
- جلو و پشت این برگه را برای پرونده خودتان کپی کنید. در صورت درخواست، مأمور رسیدگی به پرونده شما نسخه ای از این برگه را برایتان فراهم خواهد کرد.
- این برگه را به نشانی زیر ببرید ویا ارسال دارید:

اگر قبلاً از اینکه اقدامی در مورد کمک نقدی، Medi-Cal و کوپن های غذایی شما اجرا شود برای يك جلسه رسیدگی درخواست کنید:

- در مدتی که منتظر جلسه رسیدگی هستید، کمک نقدی ویا Medi-Cal شما به همان میزان باقی خواهد ماند.
- در مدتی که منتظر جلسه رسیدگی هستید، ممکن است خدمات مراقبت از کودک شما تغییر نکند.
- تا زمان جلسه رسیدگی ویا تا پایان دوره صدور گواهینامه شما، هرکدام که زودتر باشند، کوپن های غذایی شما تغییری نخواهند کرد.

اگر حکم جلسه رسیدگی اظهار کند که حق با ما بوده است، برای هر مقدار اضافی کمک نقدی، کوپن های غذایی ویا خدمات مراقبت از کودکان به ما بدهکار خواهید بود. برای کاهش و متوقف کردن مزایا قبل از جلسه رسیدگی، مورد زیر را تیک بزنید: بله، کاهش داده ویا متوقف کنید: کمک نقدی کوپن غذا مراقبت از کودکان

در مدتی که منتظر جلسه رسیدگی برای موارد زیر هستید:

رفاه به کار:

لازم نیست که در این اشتغال ها شرکت کنید.

ممکن است وجوهی برای مراقبت از کودک برای اشتغال و برای فعالیت هایی که توسط بخشداری قبل از این اعلامیه تصویب شده را دریافت کنید.

اگر به شما بگویم که پرداخت برای خدمات حمایتی دیگر متوقف خواهد شد، حتی در صورت رفتن به اشتغال خود، وجوه دیگری دریافت نخواهید کرد.

اگر به شما بگویم که خدمات حمایتی دیگر شما را پرداخت خواهیم کرد، به مقدار و طریقی که در این اعلامیه ذکر شده پرداخت خواهند شد.

- برای دریافت آن خدمات حمایتی، بایستی به اشتغالی بروید که بخشداری از شما خواسته در آن شرکت کنید.
- اگر در مدتی که منتظر حکم جلسه رسیدگی هستید، مقدار خدمات حمایتی که بخشداری پرداخت می کند کافی نیست تا امکان مشارکت را به شما بدهد، می توانید دیگر به اشتغال نروید.

Cal-Learn:

- اگر به ما بگویند که نمی توانیم به شما خدمت رسانی کنیم، نمی توانید در برنامه Cal-Learn شرکت کنید.
- فقط برای خدمات حمایتی Cal-Learn برای يك اشتغال تصویب شده پرداخت خواهیم کرد.

اطلاعات دیگر

اعضای طرح مراقبت اداره شده Medi-Cal: اقدام ذکر شده در این اعلامیه ممکن است از دریافت خدمات از طرح بهداشتی/درمانی مراقبت اداره شده شما جلوگیری کند. اگر سوالی دارید، ممکن است مایل باشید با خدمات عضویت طرح بهداشتی/درمانی خود تماس بگیرید.

حمایت کودک و/یا پزشکی: سازمان محلی حمایت از کودکان به شما کمک خواهد کرد تا حمایت بدون هزینه بگیرید، حتی اگر کمک نقدی دریافت نمی کنید. اگر در حال حاضر برای شما حمایت گردآوری می کنند، تا زمانی که به صورت کتبی به آنها نگویید که متوقف کنند، به این کار ادامه خواهند داد. وجه حمایتی جاری را برای شما ارسال خواهند کرد ولی وجه جمع آوری شده گذشته که به بخشداری بدهکار هستید را نگه خواهند داشت.

تنظیم خانواده: در صورت درخواست، اداره رفاه شما اطلاعاتی را در اختیارتان قرار خواهد داد. پرونده جلسه رسیدگی: اگر برای يك جلسه رسیدگی درخواست کنید، بخش جلسات رسیدگی ایالتی برایتان يك پرونده تشکیل خواهد داد. شما حق دارید این پرونده را قبل از جلسه رسیدگی خود ببینید و حداقل دو روز قبل از جلسه رسیدگی، نسخه ای از موضع کتبی بخشداری در مورد دعوی خود را دریافت کنید. دولت ممکن است پرونده جلسه رسیدگی شما را به اداره رفاه و اداره خدمات بهداشتی/درمانی و انسانی و کشاورزی بدهد. (قانون W&A بخش های 10850 و 10950).

- ویا
- با شماره مجانی تماس بگیرید: 1-800-952-5253 ویا افراد ناشنوا ویا ناگویا که از TDD استفاده می کنند، 1-800-952-8349.

برای دریافت کمک: می توانید با تماس گرفتن با شماره های مجانی ایالتی که در بالا ذکر شد از حقوق خود در مورد جلسه رسیدگی آشنا شده ویا برای ارجاع به امداد قانونی درخواست کنید. ممکن است بتوانید کمک قانونی مجانی در دفتر امداد قانونی ویا حقوق رفاه محلی خود دریافت کنید.

اگر نمی خواهید به تنهایی به جلسه رسیدگی بروید، می توانید يك دوست ویا فردی را به همراه بیاورید.

درخواست برای جلسه رسیدگی

مایلم در مورد اقدام اداره رفاه بخشداری _____ در مورد زیر يك جلسه رسیدگی داشته باشم:
 کمک نقدی کوپن های غذایی Medi-Cal دیگر (ذکر شود) _____

دلیش اینست:

- اگر به فضای بیشتری نیاز دارید، اینجا را علامت زده و يك برگه اضافه کنید.
 - نیاز دارم که دولت يك مترجم بدون اینکه هزینه ای داشته باشد فراهم کند. (يك خویشاوند ویا دوست نمی تواند برای شما در جلسه رسیدگی ترجمه کند.)
- زبان ویا گویش من: _____

اسم فردی که مزایایش رد شد، تغییر پیدا کرد ویا متوقف شد

تاریخ تولد	شماره تلفن
نشانی خیابان	
کدپستی	ایالت شهر
امضاء	تاریخ
اسم فردی که این فرم را پر می کند	شماره تلفن

- مایلم شخصی که در زیر ذکر می شود در جلسه رسیدگی از طرف من نمایندگی کند. من به این فرد اختیار می دهم تا پرونده هایم را مشاهده کرده و برای من به جلسه رسیدگی برود (این فرد می تواند يك دوست ویا خویشاوند باشد ولی نمی تواند برای شما ترجمه کند.)

اسم	شماره تلفن
نشانی خیابان	
کدپستی	ایالت شهر