

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 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.

عدم پذیرش:

درخواست خانوار شما برای کوبین غذایی به دلیل زیر پذیرفته نشده است:

مزایای گذشته:

درخواست نامه/تقاضای شما برای مزایای کوبین غذایی گذشته مورخ _____ به دلیل زیر پذیرفته نشد:

درخواست نامه/تقاضای شما برای مزایای کوبین غذایی گذشته مورخ _____ به دلیل اینکه در بخش‌داری اشتباه تسلیم شده بود پذیرفته نشد. بایستی از بخش‌داری که مزایای شما پذیرفته نشده ویا دریافت شده برای این مزایا درخواست کنید.

اگر تا تاریخ _____، اینکار را بکنید، درخواست نامه شما دوباره گشوده خواهد شد.

وضعیت در حال رسیدگی:

درخواست نامه شما در حال رسیدگی است.

اگر تا این تاریخ اقدام نکنید، در صورتیکه می‌خواهید کوبین غذایی دریافت کنید بایستی دوباره درخواست کنید.

هنگامیکه برای کوبین غذایی درخواست می‌کردید، اطلاعات فوق را از شما خواستیم. اطلاعات را در ظرف (10) روز از تاریخی که درخواست شد در اختیار ما قرار ندادید. بایستی اطلاعات را تا تاریخ _____ (30 روز بعد از تاریخ درخواست) به ما بدهید، در غیراینصورت درخواست نامه شما پذیرفته نشده و اعلامیه دیگری دریافت نخواهید کرد.

خانوار شما تا تاریخ _____ نمی‌تواند کوبین غذایی دریافت کند بخاطر دلیلی که درخواست نامه شما پذیرفته نشده است. پس بایستی دوباره درخواست کنید.

اگر کمک نقدی دریافت می‌کنید، ممکن است بتوانید کوبین غذایی دریافت کنید. اگر در ظرف 15 روز بعد از اینکه کمک نقدی شما پذیرفته شد يك بیانیه کوبین غذایی دریافت نکنید، با مأمور رسیدگی به کمک نقدی در مورد کوبین های غذایی تماس بگیرید.

مقررات: این مقررات اطلاق می‌شوند:

می‌توانید آنها را در دفتر رفاه مرور کنید.

هر کاری که بایستی می‌کردید را انجام داده اید. هنوز روی پرونده شما کار می‌کنیم و بزودی شما را باخبر خواهیم کرد.

هنگامیکه برای کوبین غذایی درخواست کردید، اطلاعات زیر را از شما خواستیم. اطلاعات را در ظرف (10) روز از تاریخی که درخواست شد در اختیار ما قرار ندادید. بایستی اطلاعات را تا تاریخ _____ در اختیار ما بگذارید، در غیراینصورت درخواست نامه شما پذیرفته نخواهد شد و اعلامیه دیگری دریافت نخواهید کرد. اگر هنوز کوبین غذایی می‌خواهید، بایستی که دوباره درخواست کنید...

اگر چیزهایی که در اینجا ذکر شده را تا تاریخ فوق در اختیار ما بگذارید، درخواست نامه شما دوباره گشوده خواهد شد.

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