

## اعلاميه تغيير در كوپن غذايي براي تغيير در گزارش خانوار

تاريخ اعلاميه : \_\_\_\_\_  
اسم پرونده : \_\_\_\_\_  
شماره : \_\_\_\_\_  
اسم مامور رسيدگي : \_\_\_\_\_  
شماره : \_\_\_\_\_  
تلفن : \_\_\_\_\_  
نشاني : \_\_\_\_\_

(ADDRESSEE)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

اگر سوالي داريد ويا اطلاعات بيشتري در مورد اين اقدام نياز داريد، لطفاً با مامور رسيدگي به پرونده خود تماس بگيريد.

**جلسه رسيدگي اياتي:** اگر فكر مي كنيد كه اين اقدام اشتباه است، مي توانيد براي يك جلسه رسيدگي درخواست كنيد. پشت اين ورق به شما مي گويد كه چطور براي يك جلسه رسيدگي درخواست كنيد. اگر قبلاً در مورد دليل توزيع بيش از مقدار مقرر كه دريافت شده يك جلسه رسيدگي داشته ايد، نمي توانيد براي يك جلسه رسيدگي جديد درخواست كنيد، مگر اينكه فكر مي كنيد مقدار مزايای كوپن غذايي جديدي كه به خاطر توزيع بيش از مقدار مقرر دريافت مي كنيد اشتباه است.

**عدم تغيير در مزايا**

مزايای كوپن غذايي شما در نتيجه سند (اسناد)/اطلاعاتي كه دريافت كرديم تغيير نكرد چون:

**تغيير در مزايا**

از تاريخ \_\_\_\_\_، مزايای كوپن غذايي شما از \$ \_\_\_\_\_ به \$ \_\_\_\_\_ در ماه تغيير كرده چون:

**انقضا**

از تاريخ \_\_\_\_\_، مزايای كوپن غذايي شما منقضي مي شود چون:

**قبلاً در مورد يك توزيع بيش از مقدار مقرر كوپن غذايي به شما گفته شده و چون بخشداري سهميه ماهانه شما را به ميزان 10% ويا \$10 (هركدام بيشتر است) کاهش داده كمتري كوپن غذايي دريافت مي كنيد تا براي كوپن هاي غذايي كه دريافت كرديد و نمي بايستي دريافت مي كرديد بازپرداخت شود. توسط دادگاه ويا يك جلسه رسيدگي اياتي تصميم گرفته شده ويا چون يك موافقت نامه رضاييت به عدم صلاحيت ويا يك صرفنظر از جلسه رسيدگي عدم صلاحيت اداري را امضاء كرديد كه اين توزيع بيش از مقدار مقرر يك تخلف عمدي از برنامه (IPV) است. اكنون سهميه ماهانه شما تغيير مي كند چون بخشداري مي تواند شروع به کاهش سهميه شما به ميزان 20% ويا \$10 (هركدام بيشتر است) كند. اگر تغييرات ديگري در سهميه كوپن غذايي ماهانه شما بوده، اين فرم به شما خواهد گفت.**

**تغيير پيشنهادي در مزايا**

از تاريخ \_\_\_\_\_، مزايای كوپن غذايي شما ممكن است کاهش پيدا كرده ويا قطع شود چون اطلاعات لازم براي مشخص كردن واجد شرايط بودن ادامه دار ويا مقدار صحيح مزايای شما به همراه گزارش تغييرتان (DFA 377.5) دريافت نشده است. بايستي اطلاعات زير را قبل از اولين روز ماه آينده دريافت كنيم:

بخاطر دليلي كه مزايای شما منقضي مي شود، خانوار شما نيز از شركت در برنامه كوپن غذايي تا تاريخ \_\_\_\_\_ محروم مي شود. مي توانيد در پايان مدت زمان محروميت براي مزايا دوباره درخواست كنيد.

اگر از شما خواسته شده كه يك هزينه را تايد كنيد ولي آنرا تايد نكنيد، اجازه اين هزينه در هنگام محاسبه مزايای ماه آينده شما داده نخواهد شد. همچنين اگر اطلاعات درخواست شده ديگر را تايد نكنيد، مزايای شما ممكن است کاهش يافته ويا قطع شوند.

**مقررات:** اين مقررات مربوط به اقدام (هاي) فوق است: مي توانيد آنها را در دفتر رفاه مرور كنيد.

## 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	