

اعلامیه
رد صلاحیت اداری

تاریخ اعلامیه	:	
پرونده	:	
نام	:	
شماره	:	
مأمور رسیدگی به پرونده	:	
نام	:	
شماره	:	
تلفن	:	
آدرس	:	
	:	
	:	

سؤال: دارید؟ از مأمور رسیدگی به یرونده خود بیرسید.

(مخاطب)

یایان رد صلاحیت

- اگر برای ۱۲ یا ۲۴ ماه رد صلاحیت شدید و هنوز رد همان خانوار کوپن غذایی قبلی زندگی می‌کنید، باید بطور خودکار از ماه بعد از تاریخ پایان که رد بالا لیست شده شروع به دریافت کوپن غذایی بکنید. اگر این اتفاق رخ نداد، لازم است با مأمور رسیدگی به پرونده تماس بگیرید یا فرم پیوست شده را برگشت دهید.
- اگر رد یک خانوار کوپن غذایی جدید زندگی می‌کنید، باید درخواست بدهید تا بعد از تاریخ پایان لیست شده رد بالا به خانوار اضافه شوید. شما یا نماینده مجازتان حق دارید با تحویل فرم به بخش رفاه بخشداری از طریق خودتان، پست، فاکس، ایمیل، از طریق یک انتقال الکترونیکی یا از طریق یک درخواست الکترونیکی آنلاین به آدرس زیر یک درخواست کوپن غذایی داشته باشید:
- <http://www.benefitscal.org/BenefitsPortal/landing.html>
- اگر رد پایان دوره رد صلاحیت رد خانواری زندگی نمی‌کنید که کوپن غذایی دریافت می‌کند، باید دوباره برای کوپن غذایی درخواست بدهید.
- <http://www.benefitscal.org/BenefitsPortal/landing.html>
- می‌توانید فرم صفحه بعد را برای درخواست اینکه کوپن غذایی شما برگردانده شود به ما برگردانید.
- اگر برای همیشه از برنامه کوپن غذایی رد صلاحیت شده اید، نمی‌توانید درخواست برگرداندن کوپن غذایی خود را داشته باشید.

اعلامیه برای سایر اعضای خانوار شما

از آنجا که ☐ از برنامه کوپن غذایی رد صلاحیت شده است: _____

□ مزایای کوپن غذایی شما از _____ دلار به

دلار از تاریخ

تغییر می کند.

اما چون شما تغییری را گزارش کردید، مزایای کوپن غذایی شما متفاوت خواهد بود. اعلامیه پیوست شده تغییر مقدرای را که دریافت می‌کنید نشان می‌دهد.

مزیای کوپن غذایی شما از تاریخ _____ متوقف خواهد شد

از دلایل این رد صلاحیت، این است که درآمد شما بسیار بالاست. زمانی که دوره رد صلاحیت به پایان رسید یا اگر شرایط تغییر کرد می توانید دوباره درخواست دهید.

دوره گواهینامه شما به پایان رسیده است. هر زمان بخواهید می توانید دوباره درخواست دهید. ممکن است مزایای کوپن غذایی شما عوض شود زیرا رد صلاحیت شد.

نظرات:

اقدام رد صلاحیت

اقدامات زیر موجب رد صلاحیت شما از برنامه کوبین غذایی می شود:

طبق رأی جلسه رسیدگی، ابالتی مشخص شود شما مرتکب تخلف عمدی از برنامه شده اید.

طبقاً بر آرای دادگاه مشخص شود شما مرتکب تخلف عمدی از بر نامه شده اید.

شما موافقنامه رضایت رد صلاحیت را در _____ امضا کنید.

شما معافیت از جلسه دادرسی رد صلاحیت اداری را در _____ امضا کنید.

شما از برنامه کوپن غذایی در _____ رد
 صلاحیت شدید. (مکان)

یک نسخه از اقدام بالا برای شما ارسال شده با به شما داده می شود. اگر طبق رأی جلسه رسیدگی ایالتی مشخص شود شما مرتکب تخلف عمدی از برنامه شده اید، ممکن است دولت فدرال با ایالتی باز هم پرونده شما را در دادگاه دنبال کند.

مجازات رد صلاحیت

مجازات رد صلاحیت برای اولین تخلف ۱۲ ماه، برای دومین تخلف ۲۴ ماه، و برای سومین تخلف رد صلاحیت دائمی می باشد. اگر این قوانین را نقض کنید مجازات های مجزایی وجود دارد:

- اگر طبق رای دادگاه قانونی متهم به مبادله مزایای کوپن غذایی برای اسلحه، مهمات یا مواد منفجره شوید، برای اولین تخلف تا همیشه رد صلاحیت می شوید.
- اگر متهم به مبادله مزایای کوپن غذایی برای مواد کنترل شده شوید، برای اولین تخلف به مدت ۲۴ ماه و برای دومین تخلف برای همیشه رد صلاحیت می شوید.
- اگر متهم به مبادله یا فروش مزایای کوپن غذایی که ۵۰۰ دلار یا بیشتر ارزش دارد شوید، برای همیشه رد صلاحیت می شود.
- اگر مشخص شود بیشتر از یک درخواست در یک زمان پر کرده اید و مدرک شناسایی یا اطلاعات اقامت نادرست ارائه کرده اید، ممکن است برای مدت ده سال رد صلاحیت شوید.

این تخلف شماسست، به این معنا که:

نمی‌توانید مزایای کوبن غذایی را به مدت ماه

از _____ تا _____ دریافت کنید.

☐ برای همیشه از تاریخ _____ از برنامه کوپن غذایی رد صلاحیت شدید.

قوانین: این قوانین اعمال می شود. 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 عدم ارائه 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 هستید، Cash Aid با Medi-Cal شما بدون تغییر 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 موقی 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 شنوایی 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 مایلیم 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	