

کانتی

تاریخ اعلامیه : _____
پرونده نام : _____
شماره : _____
کارگر یا کارمند نام : _____
شماره : _____
تلفن : _____
آدرس : _____

(ADDRESSEE)

┌

└

اگر با اطلاعاتی که در این اعلامیه نوشته شده است مخالفید، فوراً با کارشناس خود تماس بگیرید.

نام کارشناس: _____

شماره تلفن: _____

آیا به کمک های حقوقی رایگان نیاز دارید؟ می توانید از اینجا در خصوص این مشکل کمک رایگان دریافت کنید:

دفتر محلی کمک رسانی حقوقی (Legal Aid)

(_____) _____

سازمان حقوق رفاهی ایالت (State Welfare Rights Organization)

(_____) _____

اعلامیه اقدامات Welfare-to-Work اعلامیه سقف مهلت زمانی 24 ماهه

آیا سؤالی دارید؟ از کارشناس خود سوال کنید.

رسیدگی ایالتی: اگر تصور می کنید این اقدام نادرست است، می توانید درخواست رسیدگی کنید. اگر پیش از اجرای این اقدام درخواست رسیدگی کنید امکان تغییر مزایای شما نخواهد بود. اگر شما و کانتی در موردی با هم توافق نداشتید یا خبری از کارشناس خود دریافت نکرده اید، برای درخواست رسیدگی صبر نکنید. شما باید درخواست رسیدگی را پیش از گذشت تعداد روزهای خاصی بدهید. برای کسب اطلاعات بیشتر و آگاهی از نحوه درخواست رسیدگی به قسمت پشت این اعلامیه رجوع نمایید.

تا تاریخ _____،

شما، _____، مجموعاً _____ ماه از مهلت زمانی 24 ماهه Welfare-to-Work خود را استفاده کرده اید. از ابتدای _____، وضعیت مشارکت شما در Welfare-to-Work تغییر خواهد کرد. برای ادامه دریافت کمک هزینه نقدی باید شرایط استانداردهای فدرال CalWORKs را داشته باشید، مگر آنکه در مهلت زمانی 24 ماهه Welfare-to-Work خود واجد شرایط زمان بیشتری باشید (تمدید مهلت) یا لازم نباشد Welfare-to-Work انجام دهید (معافیت).

شما می بایست تابحال یک اعلامیه قرار ملاقات دریافت کرده و برای مطمئن شدن از مطابقت داشتن وضعیت مشارکت خود با استانداردهای فدرال CalWORKs با کارشناس خود دیدار کرده باشید. اگر هنوز برای این ملاقات بازمینی با کارشناس خود دیدار نکرده اید، باید فوراً با کارشناس خود تماس گرفته و از مطابقت داشتن وضعیت مشارکت خود با استانداردهای فدرال CalWORKs مطمئن شوید، یا اینکه ببینید آیا می توانید در مهلت زمانی 24 ماهه Welfare-to-Work خود زمان بیشتری بگیرید، یا اینکه آیا می توانید برای ادامه دریافت کمک هزینه ها نیازی به انجام Welfare-to-Work نداشته باشید.

اگر قبلاً با کارشناس خود دیدار کرده و یک برنامه Welfare-to-Work تعدیل شده که شرایط استانداردهای CalWORKs را برآورده می کند امضاء کرده اید، یا تمدید مهلت یا معافیت دریافت کرده اید، دیگر نیازی نیست درباره این اعلامیه با کارشناس خود تماس بگیرید.

اگر شرایط استانداردهای CalWORKs را نداشته باشید، ممکن است کمک هزینه نقدی خانواده شما کاهش داده شود.

Medi-Cal: این اعلامیه تغییری در مزایای Medi-Cal نمی دهد یا آنها را متوقف نمی کند. به استفاده از کارت(های) پلاستیکی شناسائی مزایای خود ادامه دهید. شما یک اعلامیه دیگر دریافت خواهید کرد که درباره هرگونه تغییر در مزایای بهداشتی به شما آگاهی خواهد داد.

CalFresh: این اعلامیه تغییری در مزایای CalFresh شما نمی دهد یا آنها را متوقف نمی کند. شما یک اعلامیه دیگر دریافت خواهید کرد که درباره هرگونه تغییر در مزایای CalFresh به شما آگاهی خواهد داد.

فقط دریافت مزایای Medi-Cal و/یا CalFresh در سقف های زمانی دریافت کمک هزینه نقدی منظور نخواهد شد.

قوانین: قوانین زیر اعمال می شوند:

بخش 11322.85(a) مقررات رفاهی و مؤسسات

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 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، 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
ادرس	
شهر	ایالت
کمیته	
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
ادرس	
شهر	ایالت
کمیته	

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 کتاباً 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 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)