

## اعلامیه اقدامات

سوالی 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 ندارید 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.**

خانواده شما را از \_\_\_\_\_، از \_\_\_\_\_، ما کمک هزینه نقدی ملاحظه می کنید کاهش خواهیم داد. کمک هزینه نقدی شما متوقف خواهد شد.

ما کمک هزینه نقدی خانواده شما را کاهش می دهیم چون که دلیل قابل قبولی برای انجام ندادن کارهایی که در برنامه سازگاری با انجام آنها موافقت کرده و آنرا امضا کرده اید، ندارید. شما موافقت کردید که: \_\_\_\_\_

در زمانی که کمک هزینه نقدی دریافت نمی کنید ما هزینه رفت و آمد، یا مخارج مربوط به کار یا آموزش را پرداخت نخواهیم کرد. اگر مشغول به کار باشید یا تحصیل کنید ممکن است هزینه مراقبت از کودک را پردازیم.

### چگونه می توانید مجدداً کمک هزینه نقدی دریافت کنید

کمک هزینه نقدی خانواده شما بخاطر این مسئله کاهش می یابد که کارهایی که از شما خواسته بودیم را انجام نداده اید و نام شما از واحد کمک رسانی حذف می گردد. اگر کمک هزینه نقدی خانواده شما کاهش یافت، می توانید بخشی از کمک هزینه نقدی را پس بگیرید اما به شرطی که واجد شرایط باشید و با کانتی تماس گرفته و به آنها بگویید که کمک هزینه نقدی خود را می خواهید؛ و سپس کارهای مورد درخواست کانتی را انجام دهید.

جهت تماس با کانتی برای پس گرفتن کمک هزینه نقدی با \_\_\_\_\_ تماس بگیرید.

ولی دیگر خانواده، \_\_\_\_\_، نیز می تواند دوباره کمک هزینه نقدی دریافت کند اما به شرطی که واجد شرایط باشد و با کانتی تماس گرفته و به آنها بگوید که کمک هزینه نقدی را می خواهد؛ و سپس کارهای مورد درخواست کانتی را انجام دهد.

**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): ( )

**CalFresh:** اگر عدم رعایت الزامات رفاهی-برای-کار باعث جریمه CalFresh شود، ممکن است نتوانید CalFresh دریافت کنید. اگر جریمه CalFresh وجود داشته باشد، یک اعلامیه دیگر دریافت خواهید کرد که در آن گفته می شود مزایای CalFresh شما تا چه مدت قطع خواهند شد.

**Medi-Cal:** این اعلامیه اقدامات تغییری در مزایای Medi-Cal شما نمی دهد یا آنها را قطع نمی کند. کارت(های) پلاستیکی شناسایی مزایای خود را نگاه دارید.

**قوانین:** قوانین زیر اعمال می شوند: CalWORKs MPP § 42-712 (استثناها)؛ 42-713 (دلیل قابل قبول)؛ 42-721 (عدم رعایت و دلیل قابل قبول)، CalFresh MPP § 63-407.521. می توانید این قوانین و مقررات را در دفتر امور رفاهی خود مشاهده کنید.

تاریخ اعلامیه : \_\_\_\_\_  
پرونده نامر : \_\_\_\_\_  
شماره کارشناس نامر : \_\_\_\_\_  
شماره : \_\_\_\_\_  
تلفن : \_\_\_\_\_  
آدرس : \_\_\_\_\_

(ADDRESSEE)

## 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
آدرس	
شهر	ایالت
کدپستی	
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
آدرس	
شهر	ایالت
کدپستی	

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 کتباً از ایشان درخواست توقف این کار را ننمایید، 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)