

اعلان اقدام قانونی

تاریخ اعلان: _____
نام پرونده: _____
شماره: _____
نام مددکار اجتماعی: _____
شماره: _____
شماره تلفن: _____
آدرس: _____

(گیرنده)

اگر سوالی دارید می‌توانید آنرا از مددکار اجتماعی‌تان بپرسید.

دادرسی ایالتی: چنانچه فکر می‌کنید این اقدام قانونی اشتباه است، می‌توانید تقاضای دادرسی نمایید. نحوه انجام این کار در پشت صفحه توضیح داده شده است. در صورتیکه قبل از انجام این اقدام قانونی، تقاضای دادرسی نمایید، ممکن است مستمراً شما تغییری نکند.

از تاریخ _____ استان شما خواهش شما را در زمینه ی پرداخت برای اقلام ذیل رد نموده است.

از تاریخ _____ استان شما خواهش شما را در زمینه ی پرداخت برای اقلام ذیل که برای فعالیت های تصویب شده ی شما لازم است، قبول کرده است:

رفاه از طریق کار فعالیت Cal-Learn و یا بدست آوردن کار

رفاه از طریق کار فعالیت Cal-Learn یا بدست آوردن کار

مبلغ قلم
\$ _____

دلایل:

شما در فعالیت های _____ برنامه ی رفاه از طریق کار Cal-Learn تصویب شده شامل نیستید.

مجموعه
\$ _____

پرداخت برای این مبلغ ضروری نیست، زیرا که: _____

استان ممکن است پرداختش را برای مصارف کار شما تا الی ۱۲ ماه بعد از آنکه شما کمک اجتماعی را ترک نموده اید ادامه دهد، اما شما باید وظیفه بی داشته باشید. فقط در صورتی به شما پرداخت میکنیم تا وظیفه ی تان را از دست ندهید و پرداخت برای مصارف کاری شما از کدام مدرک دیگری صورت گرفته نتواند. پرداخت به شما از طریق یکی از نحوه های بطور پیشکی به خود شما پرداخت دوباره به شما پرداخته شده به فروشگاه پرداخته شده به مدرسه نحوه ی دیگری، صورت خواهد گرفت.

شما این اقلام را برای موارد ذیل نیاز ندارید: رفاه از طریق کار Cal-Learn و یا برای بدست آوردن کار کار _____ زیرا که: _____

پرداخت برای اقلام ذیل که شما خواهش کرده اید، تصویب نگردیده است.

قلم قلم

شما میتوانید، در صورتیکه فکر میکنید این اعلان درست نیست، با مددکار اجتماعی رفاه از طریق کار / Cal-Learn خویش تماس تلفنی بگیرید.

دلایل:

این مصرف ضروری نیست، زیرا که _____

شما به _____ برای رفاه از طریق کار فعالیت Cal-Learn یا بدست آوردن کار، نیازی ندارید، زیرا که: _____

دلایل دیگر: _____

قوانین: این قوانین موضوعیت دارند. شما میتوانید آنها را در دفتر رفاه تان بررسی نمایید. رهنمایی ها برای تطبیق CalWORKS : ماده های VII و XII. کد رفاه و موسسات: ۱۱۳۲۲،۹ ، ۱۱۳۲۳،۴ ، ۱۱۳۲۲،۳

قوانین: این قوانین موضوعیت دارند. شما میتوانید آنها را در دفتر رفاه تان بررسی نمایید. رهنمایی ها برای تطبیق CalWORKS : ماده های VII و XII. کد رفاه و موسسات: ۱۱۳۲۲،۹ ، ۱۱۳۲۳،۴ ، ۱۱۳۲۲،۳

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