

تاریخ اعلامیه: _____
نام پرونده: _____
شماره پرونده: _____
نام کارشناس: _____
شماره ID: _____
تلفن: _____
اطلاعات 24 ساعته: _____
آدرس: _____

سوالی دارید؟ از کارشناس خود بپرسید یا با شماره بالا تماس بگیرید.

(ADDRESSEE)

رسیدگی ایالتی: در صورتیکه فکر می کنید این اقدام اشتباه است می توانید تقاضای رسیدگی بدهید. پشت این برگه توضیح می دهد چگونه. در صورتیکه تقاضای رسیدگی بدهید، مزایای شما است تا زمانی که تا زمانی که این اقدام عملی نشده است تغییر نمی کنند.

Medi-Cal: این اعلامیه باعث تغییر مزایای Medi-Cal و یا توقف آنها نمی شود. در صورتیکه تغییری در مزایای Medi-Cal شما رخ بدهد، اعلامیه دیگری دریافت می کنید. می توانید مطابق قبل از کارت(های) پلاستیکی شناسایی مزایای خود استفاده کنید.

شما و خانواده شما ممکن است همچنان MEDI-CAL دریافت کنید حتی در صورت توقف کمک نقدی و:

- دریافتی از یک شغل دارید، کسب و کاری که به تازگی شروع کرده اید یا مبلغ دریافتی شما افزایش یافته است.
- شروع به دریافت مبالغ حمایتی همسر/فرزند کرده اید و یا این مبلغ افزایش یافته است.

اگر برای تکمیل SAR 7 نیاز به کمک دارید، با کانتی تماس گرفته و تقاضای کمک کنید. شماره رایگان _____.

از تاریخ _____، کانتی موارد زیر را متوقف می کند:

- کمک نقدی
CalFresh

به دلیل زیر:

در گزارش نیم سال (SAR) که از شما برای این دوره گزارش گرفته ایم کامل نیست. برای ادامه دریافت کمک نقدی و/یا مزایای CalFresh باید 7 SAR کاملی تحویل بدهید.

یک SAR 7 زمانی کامل است که شما به تمام سوالات پاسخ بدهید و مدارک لازم را پیوست کنید. اگر در روند تهیه مدارک با مشکل روبرو هستید، با کانتی تماس بگیرید تا در تهیه آنها به شما کمک کنیم.

کانتی باید قبل از اولین روز کاری ماه آینده گزارش کامل شما را دریافت کند.

شما باید مدارک زیر را تحویل بدهید و یا ارسال کنید:

- سوالات مشخص شده با دایره در گزارش پیوست شده را پاسخ بدهید.
 سوالات زیر در گزارش پیوست شده را تکمیل کنید:
 مدارک زیر را تحویل بدهید و یا ارسال کنید:

اطلاعاتی که به ما می دهید ممکن است مزایای کمک نقدی و/یا CalFresh شما را متوقف کرده و یا تغییر دهد.

در صورتیکه یک SAR 7 کامل را هر زمانی در ماه آینده تحویل دهید که نشان می دهد شما برای دریافت کمک نقدی و/یا CalFresh واجد شرایط هستید، مزایای شما از تاریخی که فرم را تحویل می دهید آغاز می شود.

در صورتیکه به دلیل اینکه نتوانسته اید یک SAR 7 کامل را تحویل دهید مزایای متوقف شده اند، مزایای CalFresh انتقالی را دریافت نمی کنید.

در صورتیکه هر سوالی در مورد CalFresh دارید، لطفاً با دفتر کانتی تماس بگیرید.

قوانین: این قوانین مصداق دارند. می توانید آنها را در دفتر رامور رفاهی - Cash Aid مرور کنید: بخش های شماره 105.1-40، 181.22-40؛ MPP؛ CalFresh: بخش های شماره (2) RCA، TCVAP، 508.6-63، 103n-63 و ECA: بخش های شماره 105.1-70، 206-69 و 301-69.

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 ناشنویان 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
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
ادرس	
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، 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 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)