

کانتی

اعلامیه CALFRESH در مورد رد/لغو صلاحیت از برنامه

کمک غذایی کالیفرنیا

تاریخ اعلامیه پرونده نام :
 شماره کارشناس نام :
 شماره :
 تلفن :
 آدرس :

(ADDRESSEE)

سوالی دارید؟ از کارشناس خود سوال کنید.

رسیدگی ایالتی: اگر تصور می کنید این اقدام نادرست است، می توانید درخواست رسیدگی کنید. روش انجام این کار در پشت صفحه عنوان شده است. اگر پیش از اجرای این اقدام درخواست رسیدگی کنید امکان تغییر مزایای شما نخواهد بود.

به دلیل آنکه _____ قوانین و مقررات CalFresh مربوط به برنامه کمک غذایی کالیفرنیا (CFAP - California Food Assistance Program) را رعایت نکرده است، کانتی اقدام زیر را انجام خواهد داد.

از _____،

- مزایای CalFresh دریافت نخواهد کرد.
- از برنامه CalFresh لغو صلاحیت می گردد.
- میزان مزایای CalFresh خانوار شما از _____ به _____ تغییر خواهد یافت.
- سایر _____

برای اینکه مزایای CalFresh مجدداً برقرار گردند، _____ باید واجد شرایط باشد. آن شخص برای واجد شرایط بودن باید:

- از قوانین و مقررات کاری CFAP معاف باشد، یا
- اقدامی در جهت خاتمه دادن به لغو صلاحیت یا رد انجام دهد.
- برای خاتمه دادن به این لغو صلاحیت می توانید در هر زمان اقدام کنید.
- برای خاتمه دادن به این لغو صلاحیت فقط بعد از _____ می توانید اقدام کنید.
- اگر از قوانین و مقررات کاری معاف گردید می توانید در هر زمان به این لغو صلاحیت خاتمه دهید.
- اگر تغییرات دیگری در خانوار شما وجود داشته باشد اعلامیه دیگری دریافت خواهید کرد.

نحوه دریافت مزایای CALFRESH

مزایای CALFRESH به چه دلیل متوقف یا رد می گردند

با ما تماس بگیرید/اطلاعات را به ما بدهید.	<input type="checkbox"/>	در قرار ملاقات خود شرکت نکرده اید/اطلاعات درخواستی ما را ارائه نکرده اید.
اگر شغل هنوز موجود است به آن مشغول شوید یا به کار دیگری که برای شما فرستاده ایم بروید.	<input type="checkbox"/>	مشغول کار نشده اید.
اگر شغل هنوز موجود است به آن مشغول شوید یا کار دیگری پیدا کنید. کار دیگر باید حداقل 30 ساعت در هفته باشد، یا درآمد هفتگی آن برابر:	<input type="checkbox"/>	شغلی را رد کرده اید.
<ul style="list-style-type: none"> کاری که رد کرده اید، یا حداقل دستمزد فدرال ضرب در 30 باشد. 		
ساعت کار را به حداقل 30 ساعت در هفته افزایش دهید.	<input type="checkbox"/>	تعداد ساعت های کار را به کمتر از 30 ساعت در هفته تغییر داده اید.
اگر شغل هنوز موجود است به آن برگردید، یا کار دیگری با همان تعداد ساعت یا درآمد کاری که ترک کرده اید پیدا کنید.	<input type="checkbox"/>	شغلی را ترک کرده اید.
مقررات و قوانین را رعایت کنید.	<input type="checkbox"/>	قوانین و مقررات رفاهی-برای کار برنامه (CalWORKS - California Work Opportunity and Responsibility to Kids) را رعایت نکرده اید
تکلیفی که برای شما تعیین می شود را انجام دهید. با ما تماس گرفته یا حضوراً مراجعه کنید. شما را راهنمایی خواهیم کرد.	<input type="checkbox"/>	تکلیف جستجوی کار را انجام نداده اید، به مدرسه، یا آموزشی که شما را فرستاده بودیم نرفته اید.
	<input type="checkbox"/>	سایر.

شخص نامبرده فوق همچنین ممکن است لازم باشد قانون بدون-کمک کار CFAP را نیز رعایت کند. اگر آن شخص به دلیل آنکه قانون مذکور را برای ماه های کافی جهت ادامه دریافت مزایای CalFresh رعایت نکرده است فاقد صلاحیت CalFresh باشد، یک اعلامیه دیگر فرستاده خواهد شد و در آن توضیح داده می شود که برای دریافت دوباره مزایای CalFresh چه کارهایی باید انجام دهد.

قوانین زیر اعمال می شوند. می توانید آنها را در دفتر امور رفاهی خود مشاهده کنید.

سایر کلیه مفاد نامه 99-78 کانتی W&IC 18932(a) 63-410 63-408 63-407 MPP

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
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، 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)