

اعلامیه پایان مهلت زمانی 24 ماهه WELFARE-TO-WORK (WTW) شما در آینده نزدیک

تاریخ	
کانتی	
نام پرونده	
شماره شناسائی دیگر	شماره پرونده
شماره تلفن کارشناس ()	نام کارشناس

آیا سؤالی دارید؟ از کارشناس خود سؤال کنید.

در این اعلامیه اطلاعاتی درباره مهلت زمانی 24 ماهه WTW شما ارائه شده است.

در تاریخ _____، کانتی به این تشخیص رسیده است که شما، _____ (تاریخ) _____، کانتی به این تشخیص رسیده است که شما، _____ (نام شرکت کننده)، از مهلت زمانی 24 ماهه WTW خود مجموعاً _____ (تعداد ماه ها) ماه باقیمانده دارید. پس از اینکه تمام 24 ماه مهلت زمانی 24 ماهه WTW خود را استفاده کردید، باید شرایط و الزامات متفاوتی را برآورده کنید تا بتوانید به دریافت کمک ها و خدمات ادامه دهید مگر آنکه از WTW معاف باشید و یا واجد شرایط تمدید مهلت زمانی 24 ماهه WTW خود تشخیص داده شوید.

از ابتدای ماه 25^{ام}، باید شرایط استانداردهای فدرال CalWORKs را برآورده سازید. بر اساس این شرایط و الزامات باید با همان تعداد کل ساعات هفتگی مشارکت داشته، و باید یک شرط پایه ساعتی را نیز برآورده سازید. شرایط و الزامات تعداد ساعت های مشارکت به منظور تأمین شرایط استانداردهای فدرال CalWORKs، شامل تعداد کل ساعت های مشارکت هفتگی و تعداد ساعت های فعالیت های پایه در جدول زیر نشان داده شده است.

تعداد ساعات های فعالیت های پایه در هفته	تعداد کل ساعت های مشارکت الزامی در هفته	تعداد افراد بزرگسال خانواده (واحد کمک گیرنده)
20	20	یک بزرگسال با یک کودک زیر 6 سال
20	30	یک بزرگسال بدون هیچ کودک زیر 6 سال
30	35	خانواده های دارای دو والد

فعالیت های پایه که می توانید در آنها شرکت کنید عبارتند از تحصیل، اشتغال، تجربه کاری، کارایی، و خدمات اجتماعی. برای بعضی از این فعالیت ها مانند کارایی و فعالیت های مربوط به آمادگی شغلی، یک سقف محدودیت وجود دارد و فقط تا قبل از رسیدن به آن سقف جزو فعالیت های پایه محسوب می شوند. آموزش های فنی و حرفه ای و کارآموزی فقط در صورتی جزو فعالیت های پایه محسوب می شوند که هنوز سقف 12 ماهه خود را که فقط یک بار به شما داده می شود، استفاده نکرده باشید. بعد از اینکه تمام مهلت زمانی 24 ماهه WTW خود را استفاده کردید، در صورتی که نتوانسته باشید ساعت های مشارکت لازم را به همراه فعالیت های پایه مجاز انجام دهید، کمک هزینه نقدی شما با حذف بخش کمک بلاعوض کاهش داده خواهد شد.

در موارد زیر فوراً با کارشناس خود تماس بگیرید:

- درباره شرایط میزان مشارکت استانداردهای فدرال CalWORKs که بعد از استفاده از تمام ماه های مهلت زمانی 24 ماهه WTW خود باید برآورده سازید نیاز به اطلاعات بیشتر دارید.
- می خواهید الان برنامه WTW خود را برای تأمین شرایط استانداردهای فدرال CalWORKs تغییر دهید. این کار ماه های باقیمانده مهلت زمانی 24 ماهه WTW شما را حفظ می کند.
- درباره ماه هائی که استفاده کرده اید نیاز به اطلاعات بیشتر دارید.
- معتقد هستید که نباید ماه هائی جزو مهلت زمانی 24 ماهه WTW شما محسوب شوند.
- معتقد هستید باید از شرکت در WTW معاف باشید و درخواست معافیت نکرده اید، یا درباره معافیت های شرکت در WTW نیاز به اطلاعات بیشتر دارید. شما همچنین می توانید فرم درخواست معافیت پیوست را بعد از امضاء کردن و نوشتن تاریخ برای کارشناس خود ارسال کنید.
- درباره نحوه درخواست تمدید برای مهلت زمانی 24 ماهه WTW خود نیاز به اطلاعات بیشتر دارید.

اگر تصور می کنید این اعلامیه اشتباه است با کارشناس خود تماس بگیرید. می توانید تقاضای رسیدگی ایالتی نیز بدهید. نحوه درخواست رسیدگی ایالتی در فرم "حقوق شما برای رسیدگی" در قسمت پشت این صفحه توضیح داده شده است.

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، 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 کتاب 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)