

पुनर्विचार का नोटिस

जारी है

(ADDRESSEE)



जब आपको हर सप्ताह या हरेक दूसरे सप्ताह पर भुगतान किया जाता है, तो हम इस तरह से आपकी मासिक आय का हिसाब लगाते हैं:

सबसे पहले, हम महीने में आपके द्वारा अर्जित सारी आमदनी को जोड़ते हैं और आपके द्वारा प्राप्त भुगतानों की कुल संख्या से विभाजित करते हैं। फिर, हम उस राशि को एक महीने में प्राप्त भुगतानों की औसत संख्या से गुणा करते हैं।

- यदि आपको हर हफ्ते भुगतान किया जाता है, तो आपको महीने में 4 या 5 बार भुगतान किया जा सकता है। 4.33 एक महीने में किये गये भुगतानों की औसत संख्या है।
- यदि आपको हरेक दूसरे हफ्ते भुगतान किया जाता है, तो आपको महीने में 2 या 3 बार भुगतान किया जा सकता है। 2.167 एक महीने में किये गये भुगतानों की औसत संख्या है।

काउंटी ऑफ

नोटिस की तारीख: _____

केस का नाम: _____

केस का नम्बर: _____

कामगार का नाम: _____

कामगार का नम्बर: _____

टेलीफोन नंबर: _____

पता: _____

प्रश्न हैं? अपने कामगार से पूछें।

राज्य द्वारा सुनवाई: यदि आपको लगता है कि यह कार्रवाई गलत है, तो आप सुनवाई के लिए अनुरोध कर सकते हैं। पृष्ठ 3 पर यह बताया गया है कि ऐसा कैसे करना है। यदि आप इस कार्रवाई के होने से पहले सुनवाई की मांग करते हैं तो हो सकता है कि आपके लाभों को ना बदला जाए।

यह रही आपकी जानकारी:

रिपोर्ट की गई आमदनी

\$ _____

\$ _____

\$ _____

\$ _____

+ \$ _____

कुल रिपोर्ट किये गये = \$ _____

रिपोर्ट किये गये भुगतानों की संख्या ÷ _____

साप्ताहिक राशि = \$ _____

को गुणा किया गया x _____

मासिक राशि = \$ _____

मासिक नकद सहायता राशि**अनुभाग A. गणना योग्य आमदनी,
महीना _____**

1. कुल स्व-रोज़गार से आमदनी	\$ _____
2. स्व-रोज़गार से व्यय:	
a. 40% मानक	- _____
या	
b. वास्तविक	- _____
3. स्व-रोज़गार से शुद्ध आमदनी	= _____
4. कुल विकलांगता आधारित न कमाई गई आमदनी (DBI) (सहायता यूनिट + गैर-सहायता यूनिट सदस्य)	\$ _____
5. वह DBI जिसकी गणना न की जाए \$500 (यदि #4 \$500 से अधिक)	- _____
6. गैर-द्वृष्ट वाली न कमाई गई विकलांगता-आधारित आमदनी या	= _____
7. अप्रयुक्त DBI की गणना न करें	= _____
8. स्व-रोज़गार से शुद्ध आमदनी (ऊपर से)	+ _____
9. कुल अन्य कमाई गई आमदनी	+ _____
10. \$500 में से अप्रयुक्त राशि (7 से)	- _____
11. कुल योग	= _____
12. वह अर्जित आय जिसकी गणना न की जाए 50%	- _____
13. कुल योग	= _____
14. गैर द्वृष्ट प्राप्त अर्जित न की गई विकलांगता-आधारित आमदनी (6 से)	+ _____
15. कुल योग	= _____
16. अन्य गैर द्वृष्ट प्राप्त आमदनी (सहायता यूनिट + गैर-सहायता यूनिट सदस्य)	+ _____
कुल शुद्ध गणना-योग्य आय	= _____

**अनुभाग B. आपकी नकदी सहायता
महीना _____**

1. अधिकतम सहायता _____ व्यक्ति (सहायता यूनिट + गैर-सहायता यूनिट सदस्य)	\$ _____
2. विशेष ज़रूरतें (सहायता यूनिट + गैर-सहायता यूनिट सदस्य)	+ _____
3. अनुभाग A से शुद्ध गणना योग्य आमदनी	- _____
4. कुल योग	= _____
5. अधिकतम सहायता _____ व्यक्ति (सहायता यूनिट) (दंडित व्यक्तियों को छोड़कर)	\$ _____
6. विशेष ज़रूरतें (सिर्फ़ सहायता यूनिट)	+ _____
7. अधिकतम सहायता भुगतान	= _____
8. पूरे महीने की सहायता का कुल योग (लाइन 4 या 7 पर सबसे कम राशि)	= _____
9. लाइन 8 महीने के कुछ भाग के लिए यथा-अनुपात	= _____
10. समायोजन: 25% चाइल्ड स्पोर्ट जुर्माना(ने) अन्य जुर्माने अधिक भुगतान Cal-Learn जुर्माने स्कूल बोनस (\$100 या \$500)	- _____ - _____ - _____ - _____ + _____
11. मासिक नकद सहायता राशि (लाइन 8 या 9 समायोजित)	\$ _____
12. मौजूदा नकद सहायता राशि (यदि यह राशि #11 से अधिक है, तो आपकी नकद सहायता में बदलाव नहीं होगा)	= _____

आपके सुनवाई अधिकार

यदि आप काउंटी की किसी कार्रवाई से असहमत हैं, तो आपके पास सुनवाई के लिए अनुरोध करने का अधिकार है। आपके पास सुनवाई का अनुरोध करने के लिए केवल 90 दिन हैं। उक्त 90 दिन काउंटी द्वारा आपको यह नोटिस दिए जाने या मेल करने के बाद शुरू हुए। आप 90 दिनों के भीतर सुनवाई के लिए अर्जी क्यों नहीं दे पाए, इसके लिए यदि आपके पास ठोस कारण हैं तो आप सुनवाई के लिए अभी भी अर्जी दे

- यदि सुनवाई निर्णय के लिए प्रतीक्षा करने के दौरान काउंटी द्वारा भुगतान की जाने वाली सहायक सेवाओं की राशि आपकी भागीदारी के लिए पर्याप्त नहीं है, तो आप उस गतिविधि में शामिल होना बंद कर सकते हैं।

Cal-Learn:

- आप Cal-Learn कार्यक्रम में भाग नहीं ले सकते यदि हमने आपको ऐसा बताया कि हम आपको सेवा प्रदान नहीं कर सकते।
- हम किसी स्वीकृत गतिविधि के लिए केवल Cal-Learn सहायक सेवाओंके लिए भुगतान करेंगे।

अन्य जानकारी

Medi-Cal प्रबंधित देखभाल योजना के सदस्य: इस नोटिस पर की गई कार्रवाई आपको आपकी प्रबंधित देखभाल स्वास्थ्य योजना से सेवाएं प्राप्त करने से रोक सकती है। यदि आपके कोई प्रश्न हों, तो आप अपनी स्वास्थ्य योजना की सदस्यता सेवा से संपर्क कर सकते हैं।

बाल और/या चिकित्सा सहायता: स्थानीय बाल सहायता एजेंसी बिना किसी लागत सहायता प्राप्त करने में मदद करेगी, भले ही आप नकद सहायता प्राप्त नहीं भी करते हैं। यदि वे अब आपके लिए सहायता एकत्र करते हैं, तो वे तब तक ऐसा करते रहेंगे जब तक आप उन्हें रुकने के लिए लिखित रूप में सूचित नहीं करते। वे आपको एकत्र की गई वर्तमान सहायता राशि भेजेंगे, परंतु प्रशासन की ओर बकाया के तौर पर एकत्र किए गए पिछले देय धन को रख लेंगे।

परिवार नियोजन: जब भी आप जानकारी के लिए अनुरोध करेंगे, आपका कल्याण कार्यालय आपको देगा।

सुनवाई फाइल: यदि आप सुनवाई का अनुरोध करते हैं, तो राज्य सुनवाई (State Hearing Division) प्रभाग एक फाइल तैयार करेगा। आपको अपनी सुनवाई से पहले इस फाइल को देखने और सुनवाई से कम से कम दो दिन पहले अपने मामले पर काउंटी की लिखित स्थिति की प्रति प्राप्त करने का अधिकार है। राज्य आपकी सुनवाई की फाइल कल्याण विभाग (Welfare Department) और अमेरिकी स्वास्थ्य और मानव सेवाएं और कृषि विभाग को दे सकता है। (W&I कोड खंड 10850 और 10950.)

यदि आप Cash Aid, Medi-Cal, CalFresh, या बाल देखभाल पर कार्रवाई से पहले सुनवाई का अनुरोध करते हैं:

- जब आप सुनवाई की प्रतीक्षा करते हैं, तब आपका Cash Aid या Medi-Cal समान ही रहेगा।
- आपकी बाल देखभाल सेवाएं समान ही रहेंगी जब आप सुनवाई की प्रतीक्षा करते हैं।
- सुनवाई होने या आपकी प्रमाणन अवधि के अंत, जो भी पहले हो, तक आपके CalFresh लाभ समान ही बने रहेंगे।

यदि सुनवाई का निर्णय कहता है कि हम सही हैं, तो आपको प्राप्त किसी भी अतिरिक्त Cash Aid, Cal Fresh या बाल कल्याण सेवाओं के लिए आपको हमें भुगतान करना होगा। सुनवाई से पहले आपके लाभ कम करने या बंद करने के लिए, नीचे देखें: हां, कम करें या बंद करें: Cash Aid CalFresh बाल देखभाल

जब आप सुनवाई निर्णय के लिए प्रतीक्षा कर रहे हों:

कार्य के लिए कल्याण:

आपके लिए गतिविधियों में भाग लेना आवश्यक नहीं है।

आप इस नोटिस से पहले काउंटी द्वारा अनुमोदित रोजगार और अन्य गतिविधियों के लिए बाल देखभाल भुगतान प्राप्त कर सकते हैं।

यदि हमने आपको बताया कि आपकी अन्य सहायक सेवाओं के भुगतान रुक जाएंगे, तो आपको और भुगतान नहीं मिलेंगे, भले ही आप अपनी गतिविधि पर जाएं।

यदि हमने आपको बताया कि हम आपकी अन्य सहायक सेवाओं का भुगतान करेंगे, तो इनके लिए राशि का भुगतान किया जाएगा और यह इस नोटिस में आपको बताए गए तरीके से किया जाएगा।

- उन सहायक सेवाओं को प्राप्त करने के लिए, आपको काउंटी के बताए अनुसार उस गतिविधि में शामिल होना ज़रूरी है।

सुनवाई के लिए अनुरोध करना:

- यह पृष्ठ भरें।
- अपने रिकॉर्ड के लिए इस पृष्ठ के अगले और पिछले भाग की प्रति बनाएं। यदि आप अनुरोध करते हैं तो आपका कार्यकर्ता आपको इस पृष्ठ की प्रति देगा।
- इस पृष्ठ को इसे भेजें या प्रस्तुत करें:

या

- टोल फ्री कॉल करें: **1-800-952-5253** या TDD, 1-800-952-8349 का इस्तेमाल करने वाले बहरे-गूँगे व्यक्तियों के लिए। सहायता पाने के लिए: आप उपर्युक्त सूचीबद्ध टोल-फ्री राज्य फोन नंबरों पर अपने सुनवाई अधिकारों या कानूनी सहायता रेफरल के बारे में अनुरोध कर सकते हैं। आप अपने स्थानीय कानूनी सहायता या कल्याण अधिकार कार्यालय में मुफ्त कानूनी सहायता प्राप्त कर सकते हैं।

यदि आप अकेले सुनवाई में नहीं जाना चाहते हैं, तो आप अपने साथ किसी दोस्त या किसी व्यक्ति को ला सकते हैं।

सुनवाई अनुरोध

मैं अपने इसके बारे में _____ काउंटी के कल्याण विभाग द्वारा की गई कार्रवाई के बारे में सुनवाई

चाहता/चाहती हूँ: Cash Aid CalFresh Medi-Cal अन्य (लिखें) _____

कारण यह है: _____

यदि आपको अधिक स्थान की आवश्यकता है, तो यहां निशान लगाएं और पृष्ठ जोड़ें।

मैं चाहता/चाहती हूँ कि राज्य मुझे मुफ्त दुभाषिया प्रदान करें। (इस सुनवाई के दौरान कोई रिश्तेदार या दोस्त आपके लिए दुभाषिए का काम नहीं कर सकता।)

मेरी भाषा या बोली यह है: _____

उस व्यक्ति का नाम जिसके लाभ अस्वीकृत किए गए, बदले गए या रोक दिए गए	जन्म तिथि	फोन नंबर
स्थानीय पता	नगर	राज्य
हस्ताक्षर		ज़िप कोड
इस फॉर्म को भरने वाले व्यक्ति का नाम।		फोन नंबर

मैं चाहता/चाहती हूँ कि नीचे वर्णित व्यक्ति इस सुनवाई में मेरा प्रतिनिधित्व करे। मैं इस व्यक्ति को अपने रिकार्ड देखने और मेरी तरफ मैं सुनवाई में भागीदारी की अनुमति देता/देती हूँ। (यह व्यक्ति मित्र या संबंधी हो सकता है परंतु आपके लिए दुभाषिए का काम नहीं कर सकता।)

नाम	फोन नंबर
स्थानीय पता	नगर