कार्रवाई का नोटिस

नामंजूर -
वित्तीय योग्यता

काउंटी ऑफ

काउंटी ऑफ : _____
केस का नाम : _____
केस का नम्बर : _____
कामगार का नाम : _____
कामगार का नम्बर : _____
टेलीफोन नंबर : _____
पता : _____
_____
_____

(ADDRESSEE)

श्न 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।

Medi-Cal: इससे आपके Medi-Cal के लाभों में बदलाव नहीं होता या बंद नहीं हो जाते। अगर आपके Medi-Cal लाभों में कोई बदलाव होगा तो आपको दूसरा नोटिस भेजा जाएगा।
अपना(ने) प्लास्टिक लाभ पहचान कार्ड संभालकर रखें।

नियम: ये नियम लागू होते हैं; आप इनकी अपने कल्याण दफ्तर मेंसमीक्षा कर सकते हैं:

शुद्ध गणना-योग्य आमदनी

1. कुल स्व-रोज़गार से आमदनी $ _____
2. स्व-रोज़गार से व्यय:
   a. 40% मानक - _____
   या
   b. वास्तविक - _____
3. स्व-रोज़गार सेशुद्ध आमदनी = _____
4. कुल विकलांगता आधारित न कमाई गईआमदनी (DBI) (सहायता यूनिट + गैर-सहायता यूनिट सदस्य) $ _____
5. वह DBI जिसकी गणना न की जाए $550 (यदि #4 $550 से अधिक) - _____
6. गैर-छूट वाली न कमाई गईविकलांगता-आधारित आमदनी = _____
   या
7. $550 की अप्रयुक्त राशिDBI की गणना न करें = _____
8. कुल अर्जित आमदनी $ _____
9. स्व-रोज़गार सेशुद्ध आमदनी (ऊपर से) + _____
10. **कुल योग** = _____
11. $550 की अप्रयुक्त राशि (7 से) - _____
12. **कुल योग** = _____
13. वह अर्जित आय जिसकी गणना न की जाए 50% - _____
14. **कुल योग** = _____
15. गैर छूट प्राप्त अर्जित न की गईविकलांगता-आधारित आमदनी(6 से) + _____
16. अन्य गैर छूट प्राप्त आमदनी (सहायता यूनिट + गैर-सहायता यूनिट सदस्य) + _____
17. काउंटी द्वारा एकत्र की गई चाइल्ड स्पोर्ट (बाल भरण-पोषण राशि) + _____
18. **कुल शुद्ध गणना-योग्यआमदनी** = _____

19. **अधिकतम सहायता भुगतान**
    व्यक्तियों के लिए अधिकतम सहायता _____
    भुगतान (सहायता यूनिट + गैर-सहायता यूनिट सदस्य) $ _____
    विशेष ज़रूरतें (सहायतायूनिट + गैर-सहायता यूनिट सदस्य) + _____
20. **अधिकतम सहायता भुगतान** = _____

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 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।
- 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 सकतेयदि 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 फ़ाइल 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.)**

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 रेफ़रल 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 हूं: ☐ 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	ज़िप कोड।
हस्ताक्षर			तारीख
इस फॉर्म को भरने वाले व्यक्ति का नाम।			फोन नंबर

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

नाम		फोन नंबर	
स्थानीय पता	नगर	राज्य	ज़िप कोड