

ਕਾਰਵਾਈ ਦਾ ਨੋਟਿਸ

ਕਾਉਂਟੀ ਆਫ਼

ਨੋਟਿਸ ਦੀ ਤਾਰੀਖ : \_\_\_\_\_  
 ਕੇਸ ਦਾ ਨਾਮ : \_\_\_\_\_  
 ਕੇਸ ਦਾ ਨੰਬਰ : \_\_\_\_\_  
 ਕਾਮੇ ਦਾ ਨਾਂ : \_\_\_\_\_  
 ਕਾਮੇ ਦਾ ਨੰਬਰ : \_\_\_\_\_  
 ਟੈਲੀਫੋਨ ਨੰਬਰ : \_\_\_\_\_  
 ਪਤਾ : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

(ADDRESSEE)

ਵਾਲ ਹਨ? ਆਪਣੇ ਕਾਮੇ ਨੂੰ ਪੁੱਛੋ।

ਰਾਜ ਵੱਲੋਂ ਸੁਣਵਾਈ: ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡਾ ਮੰਨਣਾ ਹੈ ਕਿ ਇਹ ਕਾਰਵਾਈ ਗਲਤ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਸੁਣਵਾਈ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਪੰਨਾ 3 'ਤੇ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਹੈ ਕਿ ਇਹ ਕਿਵੇਂ ਕਰਨਾ ਹੈ। ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਫਾਇਦੀਆਂ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਬਦਲਾਅ ਨਾ ਆਏ ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਕਾਰਵਾਈ ਦੇ ਹੋਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਇੱਕ ਸੁਣਵਾਈ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰਦੇ ਹੋ।

**Medi-Cal:** ਇਹ ਨੋਟਿਸ Medi-Cal ਫਾਇਦੀਆਂ ਨੂੰ ਬਦਲਦਾ ਜਾਂ ਰੋਕਦਾ ਨਹੀਂ ਹੈ। **ਆਪਣੇ ਪਲਾਸਟਿਕ ਬੈਨੀਫਿਟਸ ਪਛਾਣ ਕਾਰਡ(ਡਾਂ) ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨਾ ਚਾਲੂ ਰੱਖੋ।** ਤੁਹਾਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਸਿਹਤ ਸਬੰਧੀ ਫਾਇਦੀਆਂ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਬਦਲਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਦੱਸਦਾ ਹੋਇਆ ਇੱਕ ਹੋਰ ਨੋਟਿਸ ਮਿਲੇਗਾ।

**CalFresh:** ਇਹ ਨੋਟਿਸ ਤੁਹਾਡੇ CalFresh ਫਾਇਦੀਆਂ ਨੂੰ ਬਦਲਦਾ ਜਾਂ ਰੋਕਦਾ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ CalFresh ਫਾਇਦੀਆਂ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਬਦਲਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਦੱਸਦਾ ਹੋਇਆ ਇੱਕ ਹੋਰ ਨੋਟਿਸ ਮਿਲੇਗਾ।

ਸਿਰਫ Medi-Cal ਅਤੇ/ਜਾਂ CalFresh ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨਾ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਨਕਦ ਸਹਾਇਤਾ ਸਮੇਂ ਸੀਮਾਵਾਂ ਦੇ ਵਿਰੁੱਧ ਨਹੀਂ ਗਿਣਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

**ਨਿਯਮ:** ਇਹ ਨਿਯਮ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੇ ਹਨ: ਤੁਸੀਂ ਇਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਆਪਣੇ ਵੈਲਫੇਅਰ ਆਫਿਸ 'ਤੇ ਜਾਕੇ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ: MPP Sections 44-100; 44-315; SB 80 (Chapter 27, Statutes of 2019).

**ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਨਕਦ ਸਹਾਇਤਾ ਦੀ ਰਕਮ**

**ਸੈਕਸ਼ਨ A. ਗਿਣਨਯੋਗ ਆਮਦਨੀ, ਦਾ ਮਹੀਨਾ \_\_\_\_\_**

1. ਸਵੈ-ਰੋਜ਼ਗਾਰ ਤੋਂ ਆਮਦਨੀ \$ \_\_\_\_\_
2. ਸਵੈ-ਰੋਜ਼ਗਾਰ ਖਰਚੇ:
  - a. 40% ਮਾਨਕ ਜਾਂ - \_\_\_\_\_
  - b. ਅਸਲੀ - \_\_\_\_\_
3. ਸਵੈ-ਰੋਜ਼ਗਾਰ ਤੋਂ ਨੈੱਟ ਆਮਦਨੀ = \_\_\_\_\_
4. ਕੁੱਲ ਅਪਾਹਜਤਾ-ਅਧਾਰਤ ਨਾ ਕਮਾਈ ਗਈ ਆਮਦਨੀ (DBI) (ਸਹਾਇਤਾ ਯੂਨਿਟ + ਗੈਰ-ਸਹਾਇਤਾ ਯੂਨਿਟ ਸਦੱਸ) \$ \_\_\_\_\_
5. \$550 DBI ਛੋਟ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਆਮਦਨੀ (ਜੇ #4 \$550 ਤੋਂ ਵੱਧ ਹੈ) - \_\_\_\_\_
6. ਗੈਰ ਛੋਟ ਵਾਲੀ ਨਾ ਕਮਾਈ ਗਈ ਅਪਾਹਜਤਾ-ਅਧਾਰਤ ਆਮਦਨੀ ਜਾਂ = \_\_\_\_\_
7. ਬਿਨਾਂ ਵਰਤੀ DBI ਦੀ ਅਣਗਹਿਲੀ = \_\_\_\_\_
8. ਸਵੈ-ਰੋਜ਼ਗਾਰ ਤ ਕੁੱਲ ਆਮਦਨੀਆਂ (ਉੱਤੇ ਤੋਂ) + \_\_\_\_\_
9. ਕੁੱਲ ਹੋਰ ਕਮਾਈ ਗਈ ਆਮਦਨੀ + \_\_\_\_\_
10. \$550 ਤੋਂ ਨਾ ਵਰਤੀ ਗਈ ਰਕਮ (#7 ਤੋਂ) - \_\_\_\_\_
- 11. ਕੁੱਲ** = \_\_\_\_\_
12. ਕਮਾਈ ਗਈ ਆਮਦਨੀ ਦੀ ਛੋਟ 50% - \_\_\_\_\_
- 13. ਕੁੱਲ** = \_\_\_\_\_
14. ਗੈਰ ਛੋਟ ਵਾਲੀ ਆਮਦਨੀ ਅਪਾਹਜਤਾ-ਅਧਾਰਤ ਆਮਦਨੀ (#6 ਤੋਂ) + \_\_\_\_\_
- 15. ਕੁੱਲ** = \_\_\_\_\_
16. ਹੋਰ ਗੈਰ ਛੋਟ ਵਾਲੀ ਆਮਦਨੀ (ਸਹਾਇਤਾ ਯੂਨਿਟ + ਗੈਰ-ਸਹਾਇਤਾ ਯੂਨਿਟ ਸਦੱਸ) + \_\_\_\_\_
- ਕੁੱਲ ਵਿਚਾਰਨ ਯੋਗ ਆਮਦਨੀ** = \_\_\_\_\_

**ਸੈਕਸ਼ਨ B. ਤੁਹਾਡੀ ਨਕਦ ਸਹਾਇਤਾ, ਦਾ ਮਹੀਨਾ \_\_\_\_\_**

1. ਅਧਿਕਤਮ ਸਹਾਇਤਾ \_\_\_\_\_ ਲੋਕ (ਸਹਾਇਤਾ ਯੂਨਿਟ + ਗੈਰ-ਸਹਾਇਤਾ ਯੂਨਿਟ ਸਦੱਸ) \$ \_\_\_\_\_
2. ਖ਼ਾਸ ਲੋੜਾਂ (ਸਹਾਇਤਾ ਯੂਨਿਟ + ਗੈਰ-ਸਹਾਇਤਾ ਯੂਨਿਟ ਦੇ ਸੱਦਸ) + \_\_\_\_\_
3. ਕੁੱਲ ਵਿਚਾਰਨ ਯੋਗ ਆਮਦਨੀ ਸੈਕਸ਼ਨ A ਤੋਂ - \_\_\_\_\_
- 4. ਉਪ-ਕੁਲ (ਜੇ ਨਕਾਰਾਤਮਕ ਹੈ, ਤਾਂ 0 ਦਰਜ ਕਰੋ)=** \_\_\_\_\_
5. ਅਧਿਕਤਮ ਸਹਾਇਤਾ \_\_\_\_\_ ਲੋਕ (ਸਿਰਫ ਸਹਾਇਤਾ ਯੂਨਿਟ) (ਦੀਡਤ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਨੂੰ ਛੱਡ ਕੇ) \$ \_\_\_\_\_
6. ਖ਼ਾਸ ਲੋੜਾਂ (ਸਹਾਇਤਾ ਸਿਰਫ ਯੂਨਿਟ) + \_\_\_\_\_
7. ਅਧਿਕਤਮ ਸਹਾਇਤਾ ਦਾ ਪੂਰਾ ਜੋੜ = \_\_\_\_\_
- 8. ਪੂਰੇ ਮਹੀਨੇ ਸਹਾਇਤਾ ਦਾ ਪੂਰਾ ਜੋੜ** (ਲਾਈਨ 4 ਜਾਂ 7 'ਤੇ ਨਿਊਨਤਮ ਰਕਮ) = \_\_\_\_\_
9. ਲਾਈਨ 8 ਮਹੀਨੇ ਦੇ ਕੁਝ ਹਿੱਸੇ ਲਈ ਪ੍ਰੋਰੇਟਿਡ = \_\_\_\_\_
10. ਸਮਾਯੋਜਨ:
  - 25% ਚਾਈਲਡ ਸਪੋਰਟ ਜ਼ਰਮਾਨਾ(ਨੇ) - \_\_\_\_\_
  - ਹੋਰ ਜ਼ਰਮਾਨੇ - \_\_\_\_\_
  - ਵੱਧ ਭੁਗਤਾਨ - \_\_\_\_\_
  - Cal-Learn ਜ਼ਰਮਾਨੇ - \_\_\_\_\_
  - ਸਕੂਲ ਦਾ ਬੋਨਸ (\$100 ਜਾਂ \$500) + \_\_\_\_\_
- 11. ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਨਕਦ ਸਹਾਇਤਾ ਦੀ ਰਕਮ** (ਲਾਈਨ 8 ਜਾਂ 9 ਸਮਾਯੋਜਿਤ) \$ \_\_\_\_\_

## ਤੁਹਾਡੇ ਸੁਣਵਾਈ ਸਬੰਧੀ ਅਧਿਕਾਰ

ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਕਾਉਂਟੀ ਦੀ ਕਿਸੇ ਵੀ ਕਾਰਵਾਈ ਤੋਂ ਅਸਹਿਮਤ ਹੋ ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇੱਕ ਸੁਣਵਾਈ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰਨ ਦਾ ਹੱਕ ਹੈ। ਇੱਕ ਸੁਣਵਾਈ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰਨ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਸਿਰਫ 90 ਦਿਨਾਂ ਦਾ ਸਮਾਂ ਹੈ। 90 ਦਿਨਾਂ ਦਾ ਸਮਾਂ ਕਾਉਂਟੀ ਵੱਲੋਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਨੋਟਿਸ ਨੂੰ ਡਾਕ ਰਾਹੀਂ ਭੇਜਣ ਦੇ ਬਾਅਦ ਦੇ ਦਿਨ ਤੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਇਸ ਗੱਲ ਦਾ ਸਹੀ ਕਾਰਨ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ 90 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਸੁਣਵਾਈ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰਨ ਯੋਗ ਕਿਉਂ ਨਹੀਂ ਸੀ, ਤਾਂ ਵੀ ਤੁਸੀਂ ਹੁਣ ਵੀ ਇੱਕ ਸੁਣਵਾਈ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਸਹੀ ਕਾਰਨ ਦੱਸਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਵੀ ਸੁਣਵਾਈ ਦਾ ਸਮਾਂ ਤੈਅ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ **Cash Aid, Medi-Cal, CalFresh**, ਜਾਂ ਬਾਲ ਦੇਖਭਾਲ 'ਤੇ ਕਾਰਵਾਈ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਇੱਕ ਸੁਣਵਾਈ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰਦੇ ਹੋ:

- ਤੁਹਾਡਾ Cash Aid ਜਾਂ Medi-Cal ਪਹਿਲਾਂ ਵਾਂਗ ਹੀ ਰਹੇਗਾ, ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਸੁਣਵਾਈ ਦੀ ਉਡੀਕ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋਵੋਗੇ।
- ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਬਾਲ ਦੇਖਭਾਲ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪਹਿਲਾਂ ਵਾਂਗ ਹੀ ਰਹਿਣਗੀਆਂ, ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਸੁਣਵਾਈ ਦੀ ਉਡੀਕ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋਵੋਗੇ।
- ਸੁਣਵਾਈ ਤੱਕ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਪ੍ਰਮਾਣੀਕਰਨ ਮਿਆਦ ਦੇ ਖਤਮ ਹੋਣ ਤੱਕ, ਇਹਨਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਜੋ ਵੀ ਪਹਿਲਾਂ ਹੋਵੇਗਾ, ਤੁਹਾਡੇ CalFresh ਫ਼ਾਇਦੇ ਪਹਿਲਾਂ ਵਾਂਗ ਹੀ ਰਹਿਣਗੇ।

ਜੇਕਰ ਸੁਣਵਾਈ ਦੇ ਫ਼ੈਸਲੇ ਮੁਤਾਬਕ ਅਸੀਂ ਸਹੀ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਤੁਹਾਡੇ ਵੱਲੋਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀਆਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਵਾਧੂ **Cash Aid, CalFresh** ਜਾਂ ਬਾਲ ਦੇਖਭਾਲ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਸਾਨੂੰ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰੋਗੇ। ਸਾਨੂੰ ਸੁਣਵਾਈ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਫ਼ਾਇਦਿਆਂ ਨੂੰ ਘੱਟ ਕਰਨ ਜਾਂ ਬੰਦ ਕਰਨ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਲਈ, ਹੇਠਾਂ ਸਹੀ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ:

ਹਾਂ, ਘੱਟ ਜਾਂ ਬੰਦ ਕਰ:  Cash Aid  CalFresh  
 ਬਾਲ ਦੇਖਭਾਲ

ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਇਹਨਾਂ ਲਈ ਇੱਕ ਸੁਣਵਾਈ ਫ਼ੈਸਲੇ ਦੀ ਉਡੀਕ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋਵੋ:

### ਕੰਮ ਕਰਨ ਲਈ ਭਲਾਈ:

ਤੁਹਾਨੂੰ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਵਿੱਚ ਭਾਗ ਨਹੀਂ ਲੈਣਾ ਪਵੇਗਾ।

ਤੁਸੀਂ ਰੋਜ਼ਗਾਰ ਅਤੇ ਇਸ ਨੋਟਿਸ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਕਾਉਂਟੀ ਵੱਲੋਂ ਮਨਜ਼ੂਰ ਕੀਤੀਆਂ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਲਈ ਬਾਲ ਦੇਖਭਾਲ ਭੁਗਤਾਨ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਜੇਕਰ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੱਸਿਆ ਸੀ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਹੋਰ ਸਹਾਇਕ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇ ਭੁਗਤਾਨ ਬੰਦ ਹੋ ਜਾਣਗੇ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਕੋਈ ਹੋਰ ਭੁਗਤਾਨ ਪ੍ਰਾਪਤ ਨਹੀਂ ਹੋਣਗੇ, ਭਾਵੇਂ ਤੁਸੀਂ ਗਤੀਵਿਧੀ 'ਤੇ ਜਾਂਦੇ ਹੋ।

ਜੇਕਰ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੱਸਿਆ ਸੀ ਕਿ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹੋਰ ਸਹਾਇਕ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਾਂਗੇ, ਤਾਂ ਉਹ ਹੋਣਗੇ ਇਸ ਨੋਟਿਸ ਵਿੱਚ ਸਾਡੇ ਵੱਲੋਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੱਸੀ ਰਕਮ ਵਿੱਚ ਅਤੇ ਉਸ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤਾ।

- ਉਹਨਾਂ ਸਹਾਇਕ ਸੇਵਾਵਾਂ ਨੂੰ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ, ਤੁਹਾਡਾ ਉਸ ਗਤੀਵਿਧੀ 'ਤੇ ਜਾਣਾ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਕਾਉਂਟੀ ਨੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋਣ ਲਈ ਕਿਹਾ ਹੈ।

- ਜੇਕਰ ਸੁਣਵਾਈ ਫ਼ੈਸਲੇ ਦੀ ਉਡੀਕ ਕਰਨ ਵੇਲੇ ਕਾਉਂਟੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਹਾਇਕ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਜਿਸ ਰਕਮ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਦੀ ਹੈ, ਉਹ ਤੁਹਾਡੇ ਭਾਗ ਲੈਣ ਲਈ ਕਾਫ਼ੀ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਗਤੀਵਿਧੀ 'ਤੇ ਜਾਣਾ ਬੰਦ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।

### Cal-Learn:

- ਜੇਕਰ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੱਸਿਆ ਹੈ ਕਿ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸੇਵਾ ਨਹੀਂ ਦੇ ਸਕਦੇ ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ Cal-Learn ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਵਿੱਚ ਭਾਗ ਨਹੀਂ ਲੈ ਸਕਦੇ।
- ਅਸੀਂ ਸਿਰਫ਼ ਇੱਕ ਮਨਜ਼ੂਰ ਕੀਤੀ ਗਤੀਵਿਧੀ ਲਈ Cal-Learn ਸਹਾਇਕ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਹੀ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਾਂਗੇ।

### ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ

**Medi-Cal Managed Care** ਪਲਾਨ ਦੇ ਸਦੱਸ: ਇਸ ਨੋਟਿਸ ਦੀ ਕਾਰਵਾਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਪ੍ਰਬੰਧਤ ਸਿਹਤ ਪਲਾਨ ਤੋਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਤੋਂ ਰੋਕ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਈ ਸਵਾਲ ਹੋਣ ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀਆਂ ਸਿਹਤ ਪਲਾਨ ਮੈਂਬਰਸ਼ਿਪ ਸੇਵਾਵਾਂ ਨੂੰ ਸੰਪਰਕ ਕਰਨਾ ਚਾਹ ਸਕਦੇ ਹੋ।

**ਬਾਲ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਡਾਕਟਰੀ ਸਹਾਇਤਾ:** ਸਥਾਨਕ ਬਾਲ ਸਹਿਯੋਗ ਏਜੰਸੀ ਮੁਫ਼ਤ ਸਹਾਇਤਾ ਇਕੱਤਰ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰੇਗੀ, ਭਾਵੇਂ ਤੁਸੀਂ cash aid 'ਤੇ ਨਹੀਂ ਹੋ। ਜੇਕਰ ਉਹ ਹੁਣ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਇਕੱਤਰ ਕਰਦੇ ਹਨ, ਤਾਂ ਉਹ ਅਜਿਹਾ ਕਰਦੇ ਰਹਿਣਗੇ, ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਲਿਖਤ ਵਿੱਚ ਬੰਦ ਕਰਨ ਲਈ ਨਾ ਆਖੋ। ਉਹ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਕੱਤਰ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਮੌਜੂਦਾ ਸਹਾਇਤਾ ਪੈਸਾ ਭੇਜਣਗੇ ਲੇਕਿਨ ਇਕੱਤਰ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਪਿਛਲਾ ਬਕਾਇਆ ਪੈਸਾ ਰੱਖ ਲੈਣਗੇ, ਜੋ ਕਾਉਂਟੀ ਨੂੰ ਦੇਣ ਯੋਗ ਹੈ।

**ਪਰਿਵਾਰ ਨਿਯੋਜਨ:** ਤੁਹਾਡਾ ਭਲਾਈ ਦਫ਼ਤਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇਵੇਗਾ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਇਸਦੀ ਮੰਗ ਕਦੋਂ ਕਰਨੀ ਹੈ।

**ਸੁਣਵਾਈ ਫਾਈਲ:** ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਰਾਜ ਦੁਆਰਾ ਸੁਣਵਾਈ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ State Hearing Division ਇੱਕ ਫਾਈਲ ਤਿਆਰ ਕਰੇਗਾ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਸੁਣਵਾਈ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਇਹ ਫਾਈਲ ਦੇਖਣ ਅਤੇ ਸੁਣਵਾਈ ਤੋਂ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ ਦੋ ਦਿਨ ਪਹਿਲਾਂ ਆਪਣੇ ਕੇਸ 'ਤੇ ਕਾਉਂਟੀ ਦੀ ਲਿਖਤ ਪੇਜੀਸ਼ਨ ਦੀ ਨਕਲ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦਾ ਹੱਕ ਹੈ। ਰਾਜ ਤੁਹਾਡੀ ਸੁਣਵਾਈ ਫਾਈਲ Welfare Department ਅਤੇ U.S. Departments of Health and Human Services and Agriculture ਨੂੰ ਦੇ ਸਕਦਾ ਹੈ। **(W&I ਕੋਡ ਸੈਕਸ਼ਨ 10850 ਅਤੇ 10950।)**

## ਇੱਕ ਸੁਣਵਾਈ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰਨ ਲਈ:

- ਇਸ ਪਨੇ ਨੂੰ ਭਰੋ।
- ਆਪਣੇ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਲਈ ਇਸ ਪਨੇ ਦੇ ਅਗਲੇ ਅਤੇ ਪਿਛਲੇ ਪਾਸੇ ਦੀ ਇੱਕ ਨਕਲ ਬਣਾਓ। ਤੁਹਾਡੇ ਆਖਣ 'ਤੇ, ਤੁਹਾਡਾ ਕਾਮਾ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਪਨੇ ਦੀ ਇੱਕ ਨਕਲ ਦੇਵੇਗਾ।
- ਇਹ ਪੰਨਾ ਇੱਥੇ ਭੇਜੋ ਜਾਂ ਇੱਥੋਂ ਲਵੋ:

ਜਾਂ

- ਟੋਲ ਫ੍ਰੀ ਨੰਬਰ 'ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ: **1-800-952-5253** ਜਾਂ ਸੁਣਨ ਜਾਂ ਬੋਲਣ ਦੇ ਵਿਕਾਰ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਲਈ, ਜੋ TDD ਵਰਤਦੇ ਹਨ, 1-800-952-8349.

ਮਦਦ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ: ਤੁਸੀਂ ਉੱਪਰ ਸੂਚੀਬੱਧ ਰਾਜ ਦੇ ਟੋਲ-ਫ੍ਰੀ ਫੋਨ 'ਤੇ ਆਪਣੇ ਸੁਣਵਾਈ ਸਬੰਧੀ ਹੱਕਾਂ ਬਾਰੇ ਪੁੱਛ ਸਕਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਕਨੂੰਨੀ ਸਹਾਇਤਾ ਰੈਫਰਲ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਸਥਾਨਕ ਕਨੂੰਨੀ ਸਹਾਇਤਾ ਜਾਂ ਭਲਾਈ ਹੱਕ ਦਫ਼ਤਰ ਵਿਖੇ ਮੁਫ਼ਤ ਕਨੂੰਨੀ ਮਦਦ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਇਕੱਲੇ ਸੁਣਵਾਈ 'ਤੇ ਨਹੀਂ ਜਾਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਦੋਸਤ ਨੂੰ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਨੂੰ ਆਪਣੇ ਨਾਲ ਲਿਆ ਸਕਦੇ ਹੋ।

### ਸੁਣਵਾਈ ਬੇਨਤੀ

ਮੈਂ ਆਪਣੇ ਇਸ ਬਾਰ \_\_\_\_\_ ਕਾਉਂਟੀ ਦੇ ਭਲਾਈ ਵਿਭਾਗ ਵੱਲੋਂ ਕੀਤੀ ਕਾਰਵਾਈ ਦੇ ਕਾਰਨ ਇੱਕ ਸੁਣਵਾਈ ਚਾਹੁੰਦਾ/ਚਾਹੁੰਦੀ ਹਾਂ:  Cash Aid  CalFresh  Medi-Cal  ਹੋਰ (ਸੂਚੀਬੱਧ ਕਰੋ) \_\_\_\_\_

ਕਾਰਨ: \_\_\_\_\_

- ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹੋਰ ਥਾਂ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ ਇੱਥੇ ਸਹੀ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ ਅਤੇ ਇੱਕ ਪੰਨਾ ਜੋੜੋ।
- ਮੈਂ ਚਾਹੁੰਦਾ/ਚਾਹੁੰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਰਾਜ ਮੈਨੂੰ ਮੁਫ਼ਤ ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰੇ। (ਸੁਣਵਾਈ 'ਤੇ ਕੋਈ ਰਿਸ਼ਤੇਦਾਰ ਜਾਂ ਦੋਸਤ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ ਨਹੀਂ ਹੋ ਸਕਦਾ।)

ਮੇਰੀ ਭਾਸ਼ਾ ਜਾਂ ਬੋਲੀ ਹੈ: \_\_\_\_\_

|  |              |          |
|--|--------------|----------|
| ਉਸ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਂ, ਜਿਸਦੇ ਫ਼ਾਇਦਿਆਂ ਤੋਂ ਇਨਕਾਰ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਸੀ, ਬਦਲ ਗਏ ਸਨ ਜਾਂ ਬੰਦ ਹੋ ਗਏ ਸਨ | ਜਨਮ ਦੀ ਤਾਰੀਖ | ਫੋਨ ਨੰਬਰ |
| ਗਲੀ ਦਾ ਪਤਾ   | ਸ਼ਹਿਰ        | ਰਾਜ      |
| ਦਸਤਖ਼ਤ   |              | ਤਾਰੀਖ    |
| ਇਹ ਫਾਰਮ ਪੂਰਾ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਂ  |              | ਫੋਨ ਨੰਬਰ |

- ਮੈਂ ਚਾਹੁੰਦਾ/ਚਾਹੁੰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਹੇਠਾਂ ਨਾਮਜ਼ਦ ਵਿਅਕਤੀ ਇਸ ਸੁਣਵਾਈ 'ਤੇ ਮੇਰੀ ਨੁਮਾਇੰਦਗੀ ਕਰੇ। ਮੈਂ ਇਸ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਮੇਰੇ ਰਿਕਾਰਡ ਦੇਖਣ ਜਾਂ ਮੇਰੇ ਲਈ ਸੁਣਵਾਈ 'ਤੇ ਜਾਣ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ। (ਇਹ ਵਿਅਕਤੀ ਕੋਈ ਦੋਸਤ ਜਾਂ ਰਿਸ਼ਤੇਦਾਰ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਪਰੰਤੂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦਾ ਕੰਮ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦਾ।)

|            |             |
|------------|-------------|
| ਨਾਂ        | ਫੋਨ ਨੰਬਰ    |
| ਗਲੀ ਦਾ ਪਤਾ | ਸ਼ਹਿਰ       |
|            | ਰਾਜ         |
|            | ਜ਼ਿਲ੍ਹਾ ਕੋਡ |