ਕਾਰਵਾਈ ਦਾ ਨੋਟਿਸ
(ਜਾਰੀ ਹੈ)

ਘੱਟ ਕੀਤੀ ਗਈ ਅਦਾਇਗੀ ਦੀ ਦੇਣਦਾਰੀ ਵਾਲੀ ਰਕਮ
(6-1-2020 ਤੇ ਜਾਂ ਬਾਅਦ ਘੱਟ ਕੀਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਅਦਾਇਗੀਆਂ ਲਈ)

ਕਾਉਂਟੀ ਆਫ਼

ਨੋਟਿਸ ਦੀ ਤਾਰੀਖ: ____________________

ਕੇਸ ਦਾ ਨਾਮ: ____________________

ਕੇਸ ਦਾ ਨੰਬਰ: ____________________

ਕਾਮੇ ਦਾ ਨਾਂ: ____________________

ਕਾਮੇ ਦਾ ਨੰਬਰ: ____________________

ਘੱਟ ਕੀਤੀ ਗਈ ਅਦਾਇਗੀ ਦਾ ਮਹੀਨਾ ਅਤੇ ਸਾਲ
ਸੈਕਸ਼ਨ A. ਗਿਣਨਯੋਗ ਆਮਦਨੀ, ਮਹੀਨਾ ____________________

1. ਸਵੈ-ਰੋਜ਼ਗਾਰ ਤੋਂ ਆਮਦਨੀ	$			
2. ਸਵੈ-ਰੋਜ਼ਗਾਰ ਖਰਚੇ: a. 40% ਮਾਨਕ ਜਾਂ b. ਅਸਲ	 - -			
3. ਸਵੈ-ਰੋਜ਼ਗਾਰ ਤੋਂ ਕੁੱਲ ਆਮਦਨੀਆਂ	=			
4. ਕੁੱਲ ਅਪਾਹਜਤਾ-ਅਧਾਰਤ ਨਾ ਕਮਾਈ ਗਈ ਆਮਦਨੀ (DBI) (ਸਹਾਇਤਾ ਯੂਨਿਟ + ਗੈਰ-ਸਹਾਇਤਾ ਯੂਨਿਟ ਦੇ ਸਦੱਸ)	$			
5. $500 DBI ਦੀ ਅਣਗਹਿਲੀ (ਜੇ #4 $500 ਤੋਂ ਵੱਧ ਹੈ)	-			
6. ਗ਼ੈਰ ਛੋਟ ਵਾਲੀ ਨਾ ਕਮਾਈ ਗਈ ਅਪਾਹਜਤਾ-ਅਧਾਰਤ ਆਮਦਨੀ ਜਾਂ 7. ਬਿਨਾਂ ਵਰਤੀ DBI ਦੀ ਅਣਗਹਿਲੀ	= =			
8. ਸਵੈ-ਰੋਜ਼ਗਾਰ ਤੋਂ ਕੁੱਲ ਆਮਦਨੀਆਂ (ਉੱਤੇ ਤੋਂ)	+			
9. ਹੋਰ ਕਮਾਈ ਗਈ ਕੁੱਲ ਆਮਦਨੀ	+			
10. $500 ਦੀ ਨਾ ਵਰਤੀ ਗਈ ਰਕਮ (#7 ਤੋਂ)	-			
11. ਪੂਰਾ ਜੋੜ	**=**			
12. ਕਮਾਈ ਗਈ ਆਮਦਨੀ ਦੀ ਅਣਗਹਿਲੀ 50%	-			
13. ਪੂਰਾ ਜੋੜ	**=**			
14. ਗ਼ੈਰ ਛੋਟ ਵਾਲੀ ਨਾ ਕਮਾਈ ਗਈ ਅਪਾਹਜਤਾ-ਅਧਾਰਤ ਆਮਦਨੀ (#6 ਤੋਂ)	+			
15. ਪੂਰਾ ਜੋੜ	**=**			
16. ਗ਼ੈਰ ਛੋਟ ਵਾਲੀ ਹੋਰ ਆਮਦਨੀ (ਸਹਾਇਤਾ ਯੂਨਿਟ + ਗੈਰ-ਸਹਾਇਤਾ ਯੂਨਿਟ ਦੇ ਸਦੱਸ)	+			
ਕੁੱਲ ਵਿਚਾਰਨ ਯੋਗ ਆਮਦਨੀ	**=**			

ਸੈਕਸ਼ਨ B. ਤੁਹਾਡੀ ਨਕਦ ਸਹਾਇਤਾ, ਮਹੀਨਾ __________________________

1. ਅਧਿਕਤਮ ਸਹਾਇਤਾ __________ ਵਿਅਕਤੀ (ਸਹਾਇਤਾ ਯੂਨਿਟ + ਗੈਰ-ਸਹਾਇਤਾ ਯੂਨਿਟ ਦੇ ਸਦੱਸ)	$			
2. ਖ਼ਾਸ ਲੋੜਾਂ (ਸਹਾਇਤਾ ਯੂਨਿਟ + ਗੈਰ-ਸਹਾਇਤਾ ਯੂਨਿਟ ਦੇ ਸਦੱਸ)	+			
3. ਸੈਕਸ਼ਨ A ਤੋਂ ਕੁੱਲ ਵਿਚਾਰਨ ਯੋਗ ਆਮਦਨੀ	-			
4. ਪੂਰਾ ਜੋੜ	=			
5. ਅਧਿਕਤਮ ਸਹਾਇਤਾ _______ ਵਿਅਕਤੀ (ਸਿਰਫ਼ ਸਹਾਇਤਾ ਯੂਨਿਟ) (ਦੰਡਿਤ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਨੂੰ ਛੱਡ ਕੇ)	$			
6. ਖ਼ਾਸ ਲੋੜਾਂ (ਸਿਰਫ਼ ਸਹਾਇਤਾ ਯੂਨਿਟ)	+			
7. ਅਧਿਕਤਮ ਸਹਾਇਤਾ ਦਾ ਪੂਰਾ ਜੋੜ	=			
8. ਪੂਰੇ ਮਹੀਨੇ ਸਹਾਇਤਾ ਦਾ ਪੂਰਾ ਜੋੜ (ਲਾਈਨ 4 ਜਾਂ 7 'ਤੇ ਘੱਟ ਵਾਲੀ ਰਕਮ)	**=**			
9. ਲਾਈਨ 8 ਮਹੀਨੇ ਦੇ ਕੁਝ ਹਿੱਸੇ ਲਈ ਪ੍ਰੋਰੇਟਿਡ	=			
10. ਸਮਾਯੋਜਨ: 25% ਬੱਚੇ ਦੇ ਪਾਲਣ-ਪੋਸ਼ਣ ਸਬੰਧੀ ਜ਼ੁਰਮਾਨਾ(ਨੇ)	-			
ਹੋਰ ਜ਼ੁਰਮਾਨੇ	-			
ਵਧੇਰੀ ਅਦਾਇਗੀ	-			
Cal-Learn ਜ਼ੁਰਮਾਨੇ	-			
ਸਕੂਲ ਦਾ ਬੋਨਸ ($100 ਜਾਂ $500)	+			
11. ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਨਕਦ ਸਹਾਇਤਾ ਦੀ ਰਕਮ (ਲਾਈਨ 8 ਜਾਂ 9 ਸਮਾਯੋਜਿਤ)	$			
12. ਘੱਟ ਕੀਤੀ ਗਈ ਅਦਾਇਗੀ ਨਕਦ ਸਹਾਇਤਾ ਦੀ ਸਹੀ ਰਕਮ	$			
ਤੁਹਾਨੂੰ ਅਦਾ ਕੀਤੀ ਗਈ ਨਕਦ ਸਹਾਇਤਾ	-			
ਪੂਰਾ ਜੋੜ	**=**			
13. ਤੁਹਾਨੂੰ ਅਦਾ ਕੀਤੀ ਗਈ ਨਕਦ ਸਹਾਇਤਾ	$			
ਪਾਲਣ-ਪੋਸ਼ਣ ਪੇਮੇਂਟਾਂ, ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਇਕੱਠੀਆਂ ਕੀਤੀਆਂ ਗਈਆਂ	-			
ਪੂਰਾ ਜੋੜ	**=**			
14. ਹਰ ਮਹੀਨੇ ਲਈ ਘੱਟ ਕੀਤੀ ਗਈ ਅਦਾਇਗੀ ਦੀ ਰਕਮ	=			

ਘੱਟ ਕੀਤੀ ਗਈ ਅਦਾਇਗੀ ਦਾ ਜੋੜ (ਸਾਰੇ ਮਹੀਨੇ) $____________

ਨਿਯਮ: ਇਹ ਨਿਯਮ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੇ ਹਨ: ਤੁਸੀਂ ਇਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਵੈਲਫ਼ੇਅਰ ਦਫਤਰ ਵਿੱਚ ਜਾਕੇ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ: MPP 44-340, SB 80 (ਅਧਿਆਇ 27, 2019 ਦੇ ਕਾਨੂੰਨ)।

ਰਾਜ ਵੱਲੋਂ ਸੁਣਵਾਈ: ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡਾ ਮੰਨਣਾ ਹੈ ਕਿ ਇਹ ਕਾਰਵਾਈ ਗ਼ਲਤ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਸੁਣਵਾਈ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਪੰਨਾ 3 ਦੱਸਦਾ ਹੈ ਕਿ ਇਹ

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 ਸਿਰਫ਼ 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 <u>ਪਹਿਲਾਂ</u> ਇੱਕ ਸੁਣਵਾਈ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰਦੇ ਹ:

- 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 ਖ਼ਤਮ 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:

<u>ਕੰਮ ਕਰਨ ਲਈ ਭਲਾਈ</u>:

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।

<u>Cal-Learn</u>:

- 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 ਪੋਜੀਸ਼ਨ 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 ਪੰਨੇ ਨੂੰ ਭਰੋ।**
- ਆਪਣੇ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਲਈ ਇਸ ਪੰਨੇ ਦੇ ਅਗਲੇ ਅਤੇ ਪਿਛਲੇ ਪਾਸੇ ਦੀ ਇੱਕ ਨਕਲ ਬਣਾਓ। ਤੁਹਾਡੇ ਆਖਣ 'ਤੇ, ਤੁਹਾਡਾ ਕਾਮਾ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਪੰਨੇ 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 ਹ: ________________________________

ਉਸ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਂ, ਜਿਸਦੇ ਫ਼ਾਇਦਿਆਂ ਤੋਂ ਇਨਕਾਰ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਸੀ, ਬਦਲ ਗਏ ਸਨ ਜਾਂ ਬੰਦ ਹੋ ਗਏ ਸਨ		ਜਨਮ ਦੀ ਤਾਰੀਖ਼	ਫੋਨ ਨੰਬਰ
ਗਲੀ ਦਾ ਪਤਾ	ਸ਼ਹਿਰ	ਰਾਜ	ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ
ਦਸਤਖ਼ਤ			ਤਾਰੀਖ਼
ਇਹ ਫਾਰਮ ਪੂਰਾ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾ			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।)**

ਨਾ			ਫੋਨ ਨੰਬਰ
ਗਲੀ ਦਾ ਪਤਾ	ਸ਼ਹਿਰ	ਰਾਜ	ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ