

إشعار باتخاذ إجراء
رفض -
الأهلية المالية

مقاطعة

(ADDRESSEE)

_____	:	تاريخ الإشعار
_____	:	اسم الملف
_____	:	رقم الملف
_____	:	اسم مسؤول الملف
_____	:	رقم مسؤول الملف
_____	:	رقم الهاتف
_____	:	لعنوان
_____	:	
_____	:	

الأسئلة؟ اطرحها على مسؤول الملف الخاص بك.

جلسة على مستوى الولاية: إذا كنت تعتقد أن هذا الإجراء خاطئ، يمكنك طلب جلسة. تجد في صفحة رقم 3 طريقة تقديم الطلب. قد لا يتم تغيير مخصصاتك إذا طلبت جلسة قبل تنفيذ هذا الإجراء.

برنامج Medi-Cal: لا يغير هذا الإشعار مخصصات Medi-Cal أو يوقفها. ستتلقى إشعارًا آخر في حال طرأت تغييرات على مخصصات Medi-Cal. احتفظ ببطاقتك (بطاقتك) التعريفية البلاستيكية للمخصصات.

القواعد: تُطبق هذه القواعد، ويمكنك الاطلاع عليها فيمكتب الرعاية الخاص بك:

19. الحد الأقصى لدفعة المعونة		صافي الدخل المحتسب	
أقصى معونة لعدد	_____	1. إجمالي الدخل من العمل للحساب الخاص	\$ _____
أشخاص (مجموعة أفراد الأسرة المؤهلين للمعونة + مجموعة	_____	2. نفقات العمل الخاص:	_____ -
أفراد الأسرة غير دولار	\$ _____	أ. 40% من الدخل القياسي	_____ -
ذوي الاحتياجات الخاصة (مجموعة أفراد	_____ +	ب. الفعلي	_____ =
الأسرة المؤهلين للمعونة + مجموعة أفراد	_____ =	3. صافي الإيرادات من العمل للحساب الخاص	_____ =
الأسرة غير المؤهلين للمعونة)	_____	4. إجمالي الدخل غير المكتسب على أساس	_____ \$
20. الحد الأقصى لدفعة المعونة	_____	الإعاقاة (DBI) (مجموعة أفراد الأسرة المؤهلين	_____ \$
		للمعونة + مجموعة أفراد الأسرة غير	_____ \$
		المؤهلين للمعونة)	_____ \$
		5. 550 دولار من دخل على أساس	_____ -
		الإعاقاة متغاضي عنه	_____ -
		(إذا كان رقم 4 أكثر من 550 دولار)	_____ =
		6. الدخل غير المُعفى وغير المكتسب على	_____ =
		أساس الإعاقاة	_____ =
		أو	_____ =
		7. مبلغ 550 دولار غير مُستخدم	_____ =
		دخل على أساس الإعاقاة متغاضي عنه	_____ \$
		8. إجمالي الدخل المكتسب	_____ +
		9. صافي الإيرادات من العمل للحساب	_____ =
		الخاص (الوارد أعلاه)	_____ =
		10. المجموع الفرعي	_____ -
		11. مبلغ 550 دولار غير مُستخدم (من رقم 7)	_____ =
		12. المجموع الفرعي	_____ -
		13. 50% من الدخل المكتسب المتغاضي عنه	_____ =
		14. المجموع الفرعي	_____ +
		15. الدخل غير المُعفى وغير المكتسب بالدخل	_____ +
		على أساس الإعاقاة (من رقم 6)	_____ +
		16. دخل آخر غير مُعفى (مجموعة أفراد الأسرة	_____ +
		المؤهلين للمعونة + مجموعة أفراد الأسرة	_____ +
		غير المؤهلين للمعونة)	_____ +
		17. مبلغ إعالة الطفل المُحصل من المقاطعة	_____ =
		18. إجمالي صافي الدخل المحتسب	_____ =

- إذا كان مبلغ الخدمات المساندة الذي تدفعه لك المقاطعة أثناء انتظارك اتخاذ قرار جلسة الاستماع غير كافٍ للسماح لك بالمشاركة، يمكنك التوقف عن الذهاب إلى النشاط.

Cal-Learn:

- لا يمكنك المشاركة في برنامج Cal-Learn إذا ذكرنا لك أننا لن نتمكن من خدمتك.
- سندفع لخدمات Cal-Learn المساندة للنشاط المصادق عليه فقط.

معلومات أخرى

Medi-Cal أعضاء خطة الرعاية المدارة من قبل: الإجراء المتخذ بموجب هذا الإشعار يمكن أن يمنعك من الحصول على الخدمات من خطة الرعاية الصحية المدارة الخاصة بك.

ويمكنك الاتصال بخدمات عضوية الخطة الصحية الخاصة بك إذا كانت لديك استفسارات. **دعم الطفل و/أو الدعم الطبي:** الوكالة المحلية لدعم الطفل يمكنها جمع الدعم بدون تكلفة حتى إذا لم تكن تتلقى المعونة النقدية. إذا كانت الوكالة تجمع الدعم لك، فإنها ستواصل ذلك ما لم تعلمها خطياً بالتوقف عن ذلك. سوف ترسل الوكالة الأموال الجارية التي تجمعها لكنها ستحتفظ بالمال المتجمع المتأخر الدفع المدين للمقاطعة.

تخطيط الأسرة: مكتب الخدمات الاجتماعية الذي تتعامل معه سيزودك بالمعلومات عندما تطلبها.

ملف جلسة الاستماع: إذا طلبت عقد جلسة استماع، فإن قسم جلسة استماع الولاية سوف ينظم ملف بذلك. يحق لك مشاهدة هذا الملف قبل جلسة استماعك والحصول على نسخة من موقف المقاطعة الخطي بشأن قضيتك قبل يومين على الأقل من جلسة الاستماع. يمكن أن تقوم الولاية بإعطاء ملف جلسة الاستماع الخاصة بك إلى إدارة الخدمات الاجتماعية وإدارة الصحة والخدمات الإنسانية. U.S. Department of Health and Human Services

وإدارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية ووزارة الفلاحة بموجب القانون (القسمين 10850 و 10950 من الرمز W&IC)

حقوقك في جلسة الاستماع

يحق لك المطالبة بـ جلسة استماع إذا اختلفت مع أي إجراء تتخذه المقاطعة. تملك 90 يوماً فقط للمطالبة بـ جلسة استماع. تبدأ فترة 90 يوماً من اليوم الذي يلي قيام المقاطعة بإعطائك هذا الإخطار أو إرساله إليك بواسطة البريد. إذا كان لديك عذر معقول يبرر عدم قدرتك على رفع طلب لعقد جلسة استماع خلال 90 يوماً، يتوفر لك المجال لطلب عقد جلسة استماع. وإذا قدمت أسباب معقولة، يمكن تحديد موعد للجلسة.

إذا طلبت عقد جلسة استماع قبل اتخاذ إجراء بشأن المعونة النقدية أو CalFresh Medi-Cal أو رعاية الطفل:

- فإن معونتك النقدية أو Medi-Cal ستبقى دون تغيير أثناء انتظارك لعقد جلسة استماع.
- خدمات رعاية الطفل المقدمة لك ستبقى دون تغيير أثناء انتظارك لعقد جلسة استماع.
- إعاناتك من CalFresh ستبقى كما هي حتى عقد جلسة استماع أو حتى نهاية فترة اعتماد، أيهما يحل أولاً.

إذا أفاد قرار جلسة الاستماع بأننا على حق، ستكون مدينًا لنا بأي مساعدة نقدية إضافية، إعانة CalFresh أو خدمات رعاية الأسرة سبق لك استلامها. للسماح لنا بتخفيض إعاناتك أو إيقافها قبل جلسة الاستماع، تأكد مما ورد أدناه:

نعم، يرجى تخفيض أو إيقاف: المعونة النقدية (Cash Aid) CalFresh رعاية الطفل

أثناء انتظارك لاتخاذ قرار بشأن:

الخدمات الاجتماعية إلى العمل:

أنت لست مضطراً للمشاركة في الفعاليات.

يمكنك استلام دفعات رعاية الطفل للعمال أو للأنشطة المصادق عليها من قبل المقاطعة قبل هذا الإشعار،

ذا أبلغناك بأن دفعات الخدمات المساندة الأخرى المستحقة لك سوف تتوقف، سوف لن تحصل على المزيد من الدفعات، حتى لو ذهبت إلى نشاطك.

إذا ذكرنا لك أننا سندفع لك عن خدمات مساندة أخرى، فإنها سوف تُدفع لك بالمبلغ وبالطريقة التي ذكرناها لك في هذا الإشعار.

- من أجل الحصول على تلك الخدمات المساندة، يتوجب عليك الذهاب إلى النشاط الذي قالت لك المقاطعة أن تحضره.

أطلب عقد جلسة الاستماع:

- قم بتعبئة هذه الصفحة.
- استنسخ هذه الصفحة من الوجهين الأمامي والخلفي واحتفظ بالنسخ لسجلاتك. إذا طلبت، فإن عاملك سوف يزودك بنسخة من هذه الصفحة.
- أرسل هذه الصفحة أو خذها إلى:

أو

- اتصل بالهاتف المجاني: **1-800-952-5253** أو بالنسبة الذين يستعملون هاتف TDD لضعاف السمع يمكن استخدام الرق 1-800-952-8349.

للحصول على المساعدة: يمكنك السؤال عن حقوقك في عقد جلسة استماع أو للإحالة إلى المساعدة القانونية بواسطة أرقام الهواتف المجانية التابعة للولاية المذكورة أعلاه. يمكنك الحصول على المساعدة القانونية المجانية من مكتب المساعدة القانونية أو مكتب حقوق الخدمات الاجتماعية.

إذا لم تكن راغبًا في الذهاب إلى جلسة الاستماع وحدك يمكنك اصطحاب صديق أو قريب أو شخص آخر.

أطلب عقد جلسة الاستماع

أرغب في عقد جلسة استماع بسبب إجراء متخذ من قبل إدارة الخدمات الاجتماعية التابعة لمقاطعة _____ بخصوص استحقاق من: المعونة النقدية CalFresh Medi-Cal غيرها (قم بإدراجها في قائمة)

هذا هو السبب: _____

إذا أردت المزيد من المساحة، ضع علامة هنا وقم بإضافة صفحة أخرى.

أحتاج أن تزودني الولاية بمترجم شفهي بدون أن أتحمل أي تكلفة. (لا يمكن لقریب أو صديق أن يترجم لك شفهيًا في جلسة الاستماع).

لغتي أو لهجتي هي: _____

اسم الشخص الذي تم رفض أو تغيير أو إيقاف إعاناته	تاريخ الميلاد	رقم الهاتف
عنوان الشارع	الولاية	رمز البريد
التوقيع	المدينة	التاريخ
اطبع اسم الشخص الذي أكمل هذا النموذج	رقم الهاتف	

أرغب في أن يمثلني الشخص المذكور أدناه في جلسة الاستماع هذه. أُمح أذني لهذا الشخص أن يشاهد سجلاتي أو أن يذهب إلى جلسة الاستماع بالنيابة عني. (هذا الشخص يمكن أن يكون قريبًا أو صديقًا لكنه لا يستطيع أن يترجم لك.)

رقم الهاتف	رقم الهاتف
عنوان الشارع	الولاية
المدينة	رمز البريد