

تاريخ الإشعار : _____
الحالة : _____
الاسم : _____
الرقم : _____
الموظف : _____
الاسم : _____
الرقم : _____
رقم الهاتف : _____
العنوان : _____

(ADDRESSEE)

عدم تغيير المزايا

لم تغيير مزايا برنامج CalFresh التي تحصل عليها بسبب الوثيقة (الوثائق)/ المعلومات التي حصلنا عليها لأن:

إيقاف مزايا البرنامج

طبقاً للتغيير الساري _____، سيتم إيقاف مزايا CalFresh التي تحصل عليها بسبب:

بناءً على سبب إيقاف المزايا التي تحصل عليها بموجب برنامج CalFresh، ستكون عائلتك أيضاً غير مؤهلة للمشاركة في البرنامج حتى _____ . يمكنك التقدم بطلب جديد للحصول على تلك المزايا مع انتهاء فترة إلغاء الأهلية.

إشعار تغيير CALFRESH للعائلات التي تقدم تقريراً بشأن حدوث تغييرات

يُرجى الاتصال بالموظف المسؤول عن حالتك إذا كانت لديك أي أسئلة أو كنت ترغب في الحصول على المزيد من المعلومات بشأن هذا الإجراء.

جلسة استماع الولاية: إذا كنت تعتقد أن هذا الإجراء غير صحيح، يمكنك طلب عقد جلسة استماع ما لم تكن شاركت في جلسة سابقة بشأن المبلغ الذي تملكه. انظر خلفه لمعرفة الخطوات. قد لا يتم تغيير المزايا التي تحصل عليها إذا طلبت عقد جلسة استماع قبل تنفيذ هذا الإجراء.

تغيير المزايا

طبقاً للتغيير الساري _____، تم تغيير قيمة المزايا التي تحصل عليها من برنامج CalFresh من _____ دولار أمريكي إلى _____ دولار أمريكي شهرياً، وذلك للأسباب التالية:

لقد أُخبرت بالفعل عن زيادة الإنفاق على مزايا CalFresh وأنتك تحصل الآن على مزايا أقل نظراً لقيام المقاطعة بخفض حصتك الشهرية بمقدار 10% أو 10 دولارات أمريكية (أيهما أكثر) لتتمكن من رد قيمة مزايا CalFresh التي حصلت عليها دون وجه حق. ولقد جاء ذلك بناءً على صدور قرار من المحكمة أو قرار من جلسة استماع الولاية أو لأنك وقعت على "اتفاقية الموافقة على إلغاء الأهلية" أو "تنازل عن جلسة استماع إدارية بشأن إلغاء الأهلية" تفيد بأن حصولك على زيادة إنفاق من برنامج CalFresh يمثل انتهاكاً عمدياً للبرنامج (IPV). لقد تغيرت الآن حصتك الشهرية، فقد بدأت المقاطعة في خفض حصتك بمقدار 20% أو 10 دولارات أمريكية (أيهما أكثر). وإذا كانت هناك أي تغييرات أخرى بشأن حصتك الشهرية من برنامج CalFresh، فستعرف من خلال هذا النموذج.

تغيير المزايا المزمع

طبقاً للتغيير الساري _____، قد يتم خفض أو وقف المزايا التي تحصل بموجب برنامج CalFresh نظراً لعدم تقديمك المعلومات المطلوبة لتحديد استمرار أهليتك أو مقدار المزايا الصحيح في "تقرير التغيير" (CF 377.5 CR) الذي أرسلته إلينا. ويجب أن تتسلم المعلومات التالية في موعد أقصاه أول يوم عمل في الشهر التالي:

إذا طلب منك إثبات النفقات ولم تُرسله، فسيتم وقف النفقات أثناء حساب مزايا البرنامج عن الشهر التالي. وكذلك إذا لم تقدم المعلومات المطلوبة، فقد يتم تقليص المزايا التي تحصل عليها أو إيقافها.

قواعد: تسري القواعد التالية على الإجراء (الإجراءات) السابقة: يمكنك الاطلاع عليها بمكتب الرفاهية الذي تتبعه.

حقوقك لعقد جلسة سماع

لك الحق في أن تطلب عقد جلسة سماع إذا لم توافق على أي من إجراءات الكاونتي. لديك ٩٠ يوماً فقط لطلب عقد جلسة سماع. بدأت مدة الـ ٩٠ يوماً بعد أن قامت الكاونتي بإعطائك هذا الإشعار أو إرساله لك بالبريد. إذا كان لديك سبباً جيداً لعدم تمكنك من تقديم طلبك لعقد جلسة سماع خلال ٩٠ يوماً، قد يتاح لك تقديم طلبك رغماً عن هذا. إذا قدمت سبباً جيداً قد يمكن تحديد موعد لعقد جلسة السماع.

لطلب عقد جلسة سماع:

- قم بتكملة هذه الصفحة.
- اعمل نسخة عن وجه وظهر هذه الصفحة للاحتفاظ بها في سجلاتك. إذا طلبن، سيقوم الموظف المسئول عنك بعمل نسخة عن هذه الصفحة.
- أرسل أو خذ هذه الصفحة إلى:

أو

- اتصل بالرقم المجاني: ١-٨٠٠-٩٥٢-٥٢٥٣ أو لضعفاء اللفظ والسمع الذين يستعملون الهاتف النصي، يمكنهم الاتصال بالرقم ٨٣٤٩-٩٥٢-٠٠٨-١. للحصول على المساعدة: يمكنك طلب الإطلاع على حقوقك بالنسبة لجلسة السماع أو الإحالة للمساعدة القانونية على أرقام الولاية المجانية المدرجة أعلاه. قد تحصل على مساعدة قانونية مجانية من المكتب القانوني المحلي أو فريق حقوق الإنعاش.

إذا كنت لا تريد الذهاب لجلسة السماع بمفردك، يمكنك إحضار صديق أو أي شخص آخر معك.

طلب عقد جلسة السماع

أريد عقد جلسة سماع بسبب إجراء من قبل إدارة الإنعاش لكاونتي _____
يتعلق بـإعاناتي التالية:

إعانة مالية CalFresh Medi-Cal
 غير ذلك (أذكر أدناه)

فيما يلي السبب _____

- إذا احتجت لمجال إضافي، أشر هنا وأضف صفحة.
- أريد أن تزودني الولاية بمرجع بدون تحميلي أي تكلفة. (لا يجوز لصديق أو قريب أن يترجم لك خلال جلسة السماع).

لغتي ولهجتي هي _____

اسم الشخص الذي رفض تقديم المنافع إليه أو تغييرها أو إيقافها.

| | |
|---------------|---------------------------------------|
| رقم الهاتف | تاريخ الولادة |
| عنوان الشارع | |
| الرمز البريدي | الولاية |
| التاريخ | المدينة |
| رقم الهاتف | اسم الشخص الذي قام بتكملة هذا النموذج |

- أريد أن يمثلني الشخص الوارد اسمه أدناه في جلسة السماع هذه. أمني أدني لهذا الشخص لمراجعة سجلاتي أو لتمثيلي في الاجتماع. (يمكن أن يكون هذا الشخص صديق أو قريب لكنه لا يستطيع الترجمة لك.)

| | |
|---------------|---------|
| رقم الهاتف | الاسم |
| العنوان | |
| الرمز البريدي | الولاية |
| المدينة | |

التخطيط العائلي: سوف يزودك مكتب الإنعاش بالمعلومات عندما تطلبها.

ملف جلسة السماع: إذا طلبت عقد جلسة سماع، سوف يقوم فرع جلسة السماع التابع للولاية بتحضير ملف. لك الحق في مراجعة هذا الملف قبل عقد جلسة السماع والحصول على نسخة عن موقف الكاونتي المدون عن قضيتك قبل يومين من عقد الجلسة على الأقل. قد تقوم الولاية بإعطاء ملفك إلى إدارة الإنعاش ووزارة الصحة والخدمات الإنسانية والزراعة الأمريكية. (W&I Code Sections 10850 and 10950).

خلال فترة انتظارك لقرار جلسة السماع:

من الإنعاش للعمل:

أنت غير مرغما على الاشتراك في النشاطات.

قد تستلم دفعات خدمات رعاية طفل للعمل أو لنشاطات موافق عليها من قبل الكاونتي قبل صدور هذا الإشعار.

إذا أعلمناك بأن خدماتك المساندة الأخرى سوف تتوقف، لن تحصل على المزيد من الدفعات حتى إذا ذهبت إلى نشاطاتك.

إذا أعلمناك بأننا سوف ندفع عن خدماتك المساندة الأخرى، سيتم دفعها وفقاً للمبلغ والطريقة التي ذكرناها في هذا الإشعار.

• للحصول على خدمات المساندة، عليك الذهاب للنشاط الذي طلبت منك الكاونتي الذهاب إليه.

• إذا كان مبلغ خدمات المساندة الذي تدفعه لك الكاونتي أثناء انتظارك لقرار جلسة السماع غير كافي ليتيح لك المساهمة، يمكنك التوقف عن الذهاب للنشاط.

Cal-Learn

• لا يحق لك الاشتراك في برنامج Cal-Learn إذا أعلمناك بأننا لا نستطيع توفير الخدمة لك.

• سوف ندفع عن خدمات برنامج Cal-Learn المساندة فقط مقابل نشاط موافق عليه.

معلومات أخرى

أعضاء برنامج Medi-Cal للرعاية الموجهة: الإجراء المذكور في هذا الإشعار قد يوقف حصولك على الرعاية الصحية الموجهة. قد تريد الاتصال بخدمات أعضاء برنامج تأمينك الصحي إذا كان لديك أي أسئلة.

مساندة طفل و/ أو مساندة طبية: وكالة مساندة الأطفال المحلية سوف تساعد في الحصول على المساندة حتى إذا لم تكن تحصل على إعانة مالية. إذا كانت تقوم بتحصيل المساندة لك، سوف تواصل ذلك إلا إذا طلبت منها خطياً بالتوقف. سوف ترسل لك مبلغ المساندة المحصل حالياً إنمما ستحتفظ بالمبالغ المستحقة التي تم تحصيلها والمدين بها للكاونتي.