

إشعار رفض أو التجريد من أهلية الحصول على كوبونات الطعام (نتيجة لعدم الالتزام بقواعد العمل لبرنامج كوبونات الطعام)

تاريخ الإشعار : _____
اسم القضية : _____
الرقم : _____
اسم الموظف : _____
الرقم : _____
هاتف : _____
العنوان : _____

(ADDRESSEE)

هل لديك أي أسئلة؟ اسأل الموظف.

جلسة السماع: إذا اعتقدت بأن هذا الإجراء غير صحيح، يمكنك طلب عقد جلسة سماع. توضح لك المعلومات على ظهر هذه الصفحة طريقة الطلب. لا يجوز أن تتغير منافحك إذا طلبت عقد جلسة سماع قبل اتخاذ قرار بهذا الإجراء.

تتخذ الكاونتي الإجراء التالي لأن _____ لم يلتزم بقواعد العمل لكوبونات الطعام (المدرجة أدناه).

أنت مرفوض/ مجرد من الأهلية لمدة 1 3 6 أشهر.
سوف تنتهي العقوبة _____ (التاريخ).

سوف يتم تغيير مبلغ كوبونات الطعام المخصص لعائلتك من _____ دولار إلى _____ دولار.

سبب عدم الاستمرار بمنحك كوبونات الطعام هو أنك لم تلتزم بأحد قواعد العمل أدناه. إنك لم:

- تحت سن 16 من العمر أو فوق 60 سنة؛
- 16 أو 17 سنة من العمر ولست المسئول عن كوبونات طعام أسرته؛
- غير ملائم جسميا أو عقليا للعمل.
- ملتزم بقواعد برنامج CalWORKs Welfare-to-Work؛
- تعنتي بطفل عمره أقل من 6 سنوات أو شخص مصاب بأذى أو مريض.
- تشترك في برنامج لمعالجة الإدمان على المشروبات الكحولية أو المخدرات يمنعك من العمل 30 ساعة أو أكثر في الأسبوع.
- تحصل أو قد تقدمت بطلب للحصول على منافع تأمين البطالة.
- مستخدم أو تعمل لحسابك الشخصي 30 ساعة على الأقل بالأسبوع أو تحصل على دخل أسبوعي يساوي على الأقل لأجرة الساعة الدنيا المعتمدة من قبل الحكومة الفدرالية مضروبة بـ 30 ساعة.
- تذهب للمدرسة على الأقل نصف الوقت.

فيما يلي طريقة استعادة تحصيل كوبونات الطعام

- بدءا من _____ (التاريخ)، يمكنك الحصول على كوبونات الطعام إذا كنت مؤهلا وتوافق على الالتزام بقواعد العمل لبرنامج كوبونات الطعام.
- إذا تم إعفاؤك من قواعد العمل لبرنامج كوبونات الطعام، يمكنك التقدم بطلب في أي وقت شئت. (راجع لائحة الإعفاءات أعلاه).

ملاحظات

- تسجل نفسك للعمل.
- تستمر في عملك أو لم تعمل لمدة 30 ساعة بالأسبوع.
- تشترك في نشاطات فرص العمل (workfare) أو غيرها من التعيينات المتعلقة بالعمل.
- لم تزود الكاونتي بمعلومات عن تاريخ عملك إذا كنت قادرا على العمل.
- تذهب إلى مكان العمل للبدء بالعمل.
- تقبل عرضا جيدا للعمل.
- تشترك في برنامج التأمين ضد البطالة المطلوب للعمل.
- تشترك في برنامج CalWORKs Welfare المطلوب للعمل.

رجاء أن تتصل بنا إذا كنت تعتقد أنه لديك سببا لعدم الالتزام بقواعد العمل.

ماذا تعمل لتجنب خسارة كوبونات الطعام

عليك أن تقوم قبل حلول _____ (التاريخ)

- إظهار إثبات شفهي أو خطي بأنك ملتزم بقواعد العمل لبرنامج كوبونات الطعام.
- لديك سببا جيدا لعدم التزامك بقواعد العمل.
- طلب إعفاؤك (راجع اللائحة التالية).

القواعد: تطبق هذه القواعد. يمكنك مراجعتها في مكتب الإنعاش المحلي.

قسم MPP 42-721؛ 63-407؛ 63-408

غير ذلك:

حقوقك لعقد جلسة سماع

لك الحق في أن تطلب عقد جلسة سماع إذا لم توافق على أي من إجراءات الكاونتي. لديك 90 يوماً فقط لطلب عقد جلسة سماع. بدأت مدة الـ 90 يوماً بعد أن قامت الكاونتي بإعطائك هذا الإشعار أو إرساله لك بالبريد.

تطلب عقد جلسة سماع:

- قم بتكملة هذه الصفحة.
- اعمل نسخة عن وجه وظهر الصفحة للاحتفاظ بها في سجلاتك. إذا طلبت، سيقوم الموظف المسؤول عن قضيتك بتزويدك بنسخة عن هذه الصفحة.
- أرسل هذه الصفحة إلى:

إذا طلبت عقد جلسة سماع قبل اتخاذ إجراء بالنسبة لإعانة مالية أو Medi-Cal أو كوبونات طعام أو رعاية طفل:

- ستبقى إعانتك المالية أو Medi-Cal على ما هي خلال فترة الانتظار لعقد جلسة السماع.
- ستبقى خدمات رعاية طفل على ما هي خلال فترة الانتظار لعقد جلسة السماع.
- ستبقى إعانتك من كوبونات الطعام على ما هي حتى عقد جلسة السماع أو إلى انتهاء مدة الترخيص، أيهما جاء أولاً.

إذا كان قرار جلسة السماع بأنك على حق، سوف تكون مدينا لنا بأي مبلغ نقدي أو كوبونات طعام أو خدمات رعاية طفل حصلت عليها. لكي تطلب منا تخفيض أو إيقاف منافعك قبل عقد جلسة السماع، اشر أدناه.

نعم، يرجى تخفيض أو إيقاف: مساعدة مالية كوبونات طعام رعاية طفل

خلال فترة انتظارك لقرار جلسة السماع:

من الإنعاش للعمل (Welfare to work):

أنت غير مرغما على الاشتراك في النشاطات.

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

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

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

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

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

برنامج 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 المساعدة 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.

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

التخطيط العائلي: سوف يزودك مكتب الإنعاش بالمعلومات عندما تطلبها.

ملف جلسة السماع: إذا طلبت عقد جلسة سماع، سوف يقوم فرع جلسة السماع التابع للولاية (State Hearing Division) بتخصيص 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).

أو
اتصل بالرقم المجاني: 1-800-952-5253 أو لضعفاء اللفظ والسمع يمكن طلب خط
TDD. 1-800-952-8349.

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 _____
بخصوص:

الإعانة المالية كوبونات الطعام Medi-Cal
 غير ذلك (حدد): _____

فيما يلي السبب:

إذا احتجت لمجال إضافي، أشر هنا وأضف صفحة.

أريد أن تزودني الولاية بمرجم 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.

تاريخ الولادة	رقم الهاتف
---------------	------------

عنوان الشارع

المدينة	الولاية	الرمز البريدي
---------	---------	---------------

التوقيع	التاريخ
---------	---------

اسم الشخص الذي قام بتكملة هذا النموذج	رقم الهاتف
---------------------------------------	------------

أرغب بأن يقوم الشخص المذكور اسمه أدناه بتمثيلي خلال جلسة السماع. أُمّنح إذني لهذا الشخص لرؤية سجلاتي أو الذهاب إلى جلسة السماع نيابة عني. (يمكن أن يكون هذا الشخص صديقاً أو قريباً، إنما لا يمكنه الترجمة لك).

الاسم	رقم الهاتف
-------	------------

عنوان الشارع

المدينة	الولاية	الرمز البريدي
---------	---------	---------------