

تاريخ الإشعار:

اسم الحالة:

رقم الحالة:

اسم العامل:

الرقم/المعرف:

الهاتف:

استعلم على مدار اليوم:

العنوان:

الأسئلة؟ اسأل العامل أو اتصل بالرقم أعلاه.

**جلسة الاستماع الرسمية:** في حال كنت تعتقد أن هذا الإجراء غير صحيح، فيمكنك المطالبة بجلسة استماع. الجزء الخلفي من هذه الصفحة يخبرك بكيفية ذلك. قد لا يتم تغيير مستحقاتك في حال تمت المطالبة بجلسة استماع قبل دخول هذا الإجراء إلى حيز النفاذ.

مبلغ الدعم النقدي الشهري

القسم أ. الدخل المعتمد، شهر \_\_\_\_\_

١. إجمالي داخل العمل الحر \$ \_\_\_\_\_

٢. نفقات العمل الحر: \_\_\_\_\_

أ. ٤٠٪ قياسي \_\_\_\_\_

أو \_\_\_\_\_

ب. فعلي \_\_\_\_\_

٣. صافي الربح من العمل الحر \_\_\_\_\_

٤. إجمالي الدخل غير المكتسب المعتمد على الإعاقة (DBI) \_\_\_\_\_

(أعضاء وحدة الدعم + أعضاء ليسوا من وحدة الدعم) \$ \_\_\_\_\_

٥. ٢٢٥ دولارًا دخل رفاهية اجتماعية معتمد على الإعاقة (إذا كان العدد ٤ أكبر من ٢٢٥ دولارًا) \_\_\_\_\_

٦. الدخل المعتمد على الإعاقة غير المكتسب وغير المعفى من الضرائب \_\_\_\_\_

أو \_\_\_\_\_

٧. دخل الرفاهية الاجتماعية المعتمد على الإعاقة وغير المستخدم \_\_\_\_\_

(وصل إلى ١١٢ دولارًا) \_\_\_\_\_

٨. صافي الربح من العمل الحر (من أعلى) \_\_\_\_\_

٩. إجمالي الدخل الآخر المكتسب \_\_\_\_\_

١٠. المبلغ غير المستخدم من المبلغ البالغ ٢٢٥ دولارًا (من رقم ٧) أو ١١٢ دولارًا (أيهما أقل) \_\_\_\_\_

١١. الإجمالي الفرعي \_\_\_\_\_

١٢. دخل الرفاهية الاجتماعية المكتسب ٥٠٪ \_\_\_\_\_

١٣. الإجمالي الفرعي \_\_\_\_\_

١٤. الدخل المعتمد على الإعاقة غير المكتسب وغير المعفى من الضرائب \_\_\_\_\_

(من رقم ٦) \_\_\_\_\_

١٥. الإجمالي الفرعي \_\_\_\_\_

١٦. دخل آخر غير معفى من الضرائب (أعضاء وحدة الدعم + أعضاء ليسوا من وحدة الدعم) \_\_\_\_\_

صافي الدخل المعتمد \_\_\_\_\_

القسم ب. الدعم النقدي الخاص بك، شهر \_\_\_\_\_

١. الحد الأقصى للدعم \_\_\_\_\_ أشخاص

(أعضاء وحدة الدعم + أعضاء ليسوا من وحدة الدعم) \$ \_\_\_\_\_

٢. احتياجات خاصة (أعضاء وحدة الدعم + أعضاء ليسوا من وحدة الدعم) \_\_\_\_\_

٣. صافي الدخل المعتمد من القسم أ (أعلاه) \_\_\_\_\_

٤. الإجمالي الفرعي \_\_\_\_\_

٥. الحد الأقصى للدعم \_\_\_\_\_ أشخاص (وحدة الدعم فقط)

بإستبعاد الحد الأقصى لمنحة الأسرة (MFG)، أو الأشخاص المعاقين) \$ \_\_\_\_\_

٦. احتياجات خاصة (وحدة الدعم فقط) \_\_\_\_\_

٧. الإجمالي الفرعي للحد الأقصى للدعم \_\_\_\_\_

٨. الإجمالي الفرعي للدعم الشهري الكامل \_\_\_\_\_

(أقل مبلغ في السطر ٤ أو ٧) \_\_\_\_\_

٩. السطر ٨ موزع لجزء من الشهر \_\_\_\_\_

١٠. تعديلات: ٢٥٪ غرامة (غرامات) دعم طفل \_\_\_\_\_

غرامات أخرى \_\_\_\_\_

زيادة في الدفع \_\_\_\_\_

منحة دراسة (١٠٠ دولار أو ٥٠٠ دولار) \_\_\_\_\_

١١. مبلغ الدعم النقدي الشهري \_\_\_\_\_

(سطر ٨ أو ٩ المعدل) \$ \_\_\_\_\_

١٢. مبلغ الدعم النقدي الحالي (إذا كان هذا المبلغ أكبر من رقم ١١، فلن يتغير الدعم النقدي الخاص بك) \_\_\_\_\_

لقد أبلغت بأنك لا تتوقع حدوث تغيير في دخلك. عندما يتم الدفع لك كل أسبوع أو كل أسبوع بعد الآخر، فإننا نحسب دخلك الشهري بالطريقة التالية:

أولاً، نقوم بإضافة الدخل الذي حصلت عليه في الشهر ونقسمه على العدد الإجمالي للمدفوعات التي حصلت عليها. ثم، نقوم بضرب هذا الحاصل في متوسط عدد المدفوعات في الشهر.

• إذا كان يتم الدفع لك كل أسبوع، فهذا يعني أنه سيتم الدفع لك ٤ أو ٥ مرات في الشهر. يبلغ متوسط عدد المدفوعات في الشهر ٤,٣٣.

• إذا كان يتم الدفع لك كل أسبوع بعد الآخر، فهذا يعني أنه سيتم الدفع لك مرتين أو ٥ مرات في الشهر. يبلغ متوسط عدد المدفوعات في الشهر ٢,١٦٧.

فيما يلي معلوماتك:

\_\_\_\_\_ \$ الدخل الذي تم ذكره

\_\_\_\_\_ \$

\_\_\_\_\_ \$

\_\_\_\_\_ \$

\_\_\_\_\_ \$+

\_\_\_\_\_ \$+

\_\_\_\_\_ ÷

\_\_\_\_\_ \$=

\_\_\_\_\_ x

\_\_\_\_\_ \$=

الإجمالي الذي تم ذكره

عدد المدفوعات التي تم ذكرها

المبلغ الأسبوعي

مضروب في

المبلغ الشهري

## 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 بإعاناتي التالية:

إعانة مالية  CalFresh (كوبونات طعام)  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 أنني 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).