

**إشعار باتخاذ إجراء وقف الأهلية المالية أو
تعليقها**

(ADDRESSEE)

مقاطعة _____
 تاريخ الإشعار: _____
 اسم الملف: _____
 رقم الملف: _____
 اسم مسؤول الملف: _____
 رقم مسؤول الملف: _____
 رقم الهاتف: _____
 العنوان: _____

الأسئلة؟ اطرحها على مسؤول الملف الخاص بك.

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

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

القواعد: تُطبق هذه القواعد، ويمكنك الاطلاع عليها في مكتب الرعاية الخاص بك:

<p>17. مبلغ إعالة الطفل المُحصل من المقاطعة $\underline{\hspace{2cm}} + \underline{\hspace{2cm}} = \underline{\hspace{2cm}}$</p> <p>18. إجمالي صافي الدخل المحتسب</p> <p>19. الحد الأقصى لدفعة المعونة أقصى معونة لعدد $\underline{\hspace{2cm}}$ أشخاص (مجموعة أفراد الأسرة المؤهلين للمعونة + مجموعة أفراد الأسرة غير المؤهلين للمعونة) دolar $\underline{\hspace{2cm}}$</p> <p>20. الحد الأقصى لدفعة المعونة ذوي الاحتياجات الخاصة (مجموعة أفراد الأسرة المؤهلين للمعونة + مجموعة أفراد الأسرة غير المؤهلين للمعونة)</p> $\underline{\hspace{2cm}} + \underline{\hspace{2cm}} = \underline{\hspace{2cm}}$	<p>صافي الدخل المحتسب</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. إجمالي الدخل من العمل للحساب الخاص دolar $\underline{\hspace{2cm}}$ 2. نفقات خاصة بالعمل للحساب الخاص: $\underline{\hspace{2cm}} - \underline{\hspace{2cm}} = \underline{\hspace{2cm}}$ <ul style="list-style-type: none"> a. 40% من الدخل القياسي دolar $\underline{\hspace{2cm}}$ b. الفعلي دolar $\underline{\hspace{2cm}}$ 3. صافي الدخل من العمل للحساب الخاص $\underline{\hspace{2cm}} = \underline{\hspace{2cm}}$ 4. إجمالي الدخل غير المكتسب على أساس الإعاقة (DBI) (مجموعة أفراد الأسرة المؤهلين للمعونة + مجموعة أفراد الأسرة غير المؤهلين للمعونة) دolar $\underline{\hspace{2cm}}$ 5. 500 دولار من دخل على أساس الإعاقة متغاضي عنه (إذا كان رقم 4 أكثر من 500 دولار) $\underline{\hspace{2cm}} - \underline{\hspace{2cm}} = \underline{\hspace{2cm}}$ 6. الدخل غير المُعفى وغير المكتسب على أساس الإعاقة دolar $\underline{\hspace{2cm}}$ <ul style="list-style-type: none"> أو 7. مبلغ 500 دولار غير مستخدم الخاص بدخل على أساس الإعاقة متغاضي عنه $\underline{\hspace{2cm}} = \underline{\hspace{2cm}}$ 8. إجمالي الدخل المكتسب دolar $\underline{\hspace{2cm}}$ 9. صافي الدخل من العمل للحساب الخاص (الوارد أعلاه) $\underline{\hspace{2cm}} + \underline{\hspace{2cm}} = \underline{\hspace{2cm}}$ 10. الإجمالي الفرعي 11. مبلغ 500 دولار غير مستخدم (من رقم 7) $\underline{\hspace{2cm}} - \underline{\hspace{2cm}} = \underline{\hspace{2cm}}$ 12. الإجمالي الفرعي 13. 50% من الدخل المكتسب المتغاضي عنه $\underline{\hspace{2cm}} - \underline{\hspace{2cm}} = \underline{\hspace{2cm}}$ 14. الإجمالي الفرعي 15. الدخل غير المُعفى وغير المكتسب على أساس الإعاقة (من رقم 6) $\underline{\hspace{2cm}} + \underline{\hspace{2cm}} = \underline{\hspace{2cm}}$ 16. دخل آخر غير مُعفى (مجموعة أفراد الأسرة المؤهلين للمعونة + مجموعة أفراد الأسرة غير المؤهلين للمعونة) $\underline{\hspace{2cm}} + \underline{\hspace{2cm}} = \underline{\hspace{2cm}}$
---	---

إذا كان مبلغ الخدمات المساندة الذي تدفعه لك المقاطعة أثناء انتظارك اتخاذ قرار جلسة الاستماع غير كاف 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 المصدق 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 وأو الدعم الطبي: الوكالة المحلية لدعم الطفل يمكنها جمع الدعم بدون تكالفة حتى إذا لم تكن تتلقى المعونة النقدية. إذا كانت الوكالة تجمع الدعم لك، فإنها ستواصل ذلك ما لم تعلمها خطياً بالتوقيف عن ذلك. سوف ترسل الوكالة الأموال الجارية التي تجمعها لكنها ستحتفظ بالمال المتجمد 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 الخطى 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** إدارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية ووزارة الفلاحة بموجب القانون (القسمين 10850 و 10950 من الرمز W&IC)

حقوقك في جلسة الاستماع

يحق لك المطالبة بجلسة استماع إذا اختلفت مع أي إجراء تتخذه المقاطعة. تملك 90 يوماً فقط للمطالبة بجلسة 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، يتتوفر لك المجال لطلب عقد جلسة استماع. وإذا قدمت أسباب معقولة، يمكن تحديد موعد الجلسة.

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) رعاية الطفل **CalFresh**

أثناء انتظارك لاتخاذ قرار بشأن:

الخدمات الاجتماعية إلى العمل:

أنت لست مضطراً للمشاركة في الفعاليات.

يمكنك استلام دفعات رعاية الطفل للعمالة أو للأنشطة المصدق 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 بالمثل 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.

طلب عقد جلسة الاستماع:

- قم بطبعنة هذه الصفحة.
- استنسخ هذه الصفحة من الوجهين الأمامي والخلفي واحفظ بالنسخ لسجلاتك. إذا طلبت، فإن عمالك 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 لضعف السمع يمكن استخدام الرقم 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.

طلب عقد جلسة الاستماع

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

هذا هو السبب: _____

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

أحاج أن ترودني الولاية بمترجم شفهي بدون أن أتحمل أي تكالفة. (لا يمكن ل قريب أو صديق أن يترجم لك شفهيًا في جلسة الاستماع).
لغني أو لهجتي هي: _____

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

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

رقم الهاتف				رقم الهاتف
رمز البريد	الولاية	المدينة	عنوان الشارع	