

إعلان نية الإجراء (NOTICE OF ACTION)
(يتبع)**المستفيد - فحوصات الأهلية المالية**

_____ : تاريخ الإعلان
_____ : الحالة
_____ : الاسم
_____ : العدد
_____ : العامل
_____ : الاسم
_____ : العدد
_____ : هاتف
_____ : العنوان

لا يحق لك الاشتراك لأن صافي الإجمالي لدخلك المعتبر (العدد 18) أكبر من الحد الأقصى لديك لمبلغ الدعم (العدد 20).

مبلغ الدعم النقدي الشهري

القسم أ. الدخل المعتبر عن شهر _____

1. دخل العمل الحر دولار
2. نفقات العمل الحر:
أ. القياسي 40% -
أو
ب. الفعلي -
3. صافي الأرباح من العمل الحر =
4. إجمالي الدخل غير المكتسب المعتمد على الإعاقة (DBI)
(أعضاء وحدة الدعم + أعضاء ليسوا من وحدة الدعم) دولار
5. 225 دولارًا من الدخل المعتمد على الإعاقة (DBI)
(إذا كان العدد 4 أكثر من 225 دولارًا) -
6. الدخل المعتمد على الإعاقة غير المكتسب وغير المعفي من الضرائب ... =
أو
7. الدخل المعتمد على الإعاقة غير المستخدم =
8. صافي الأرباح من العمل الحر (من أعلاه) +
9. إجمالي الدخل الآخر المكتسب +
10. المبلغ غير المستخدم من 225 دولارًا (من البند رقم 7) -
11. الإجمالي الفرعي =
12. الدخل المكتسب 50% -
13. الإجمالي الفرعي =
14. الدخل المعتمد على الإعاقة غير المكتسب وغير المعفي من الضرائب
(من بند رقم 6) +
15. الإجمالي الفرعي =
16. دخل آخر غير معفي من الضرائب (أعضاء وحدة الدعم +
أعضاء ليسوا من وحدة الدعم) +
17. دعم الطفل الذي تستقبله المقاطعة، باستثناء الحد الأقصى
منحة أسرية لدعم الطفل (بالنسبة للمؤهلين ماليًا فقط) +
18. إجمالي صافي الدخل المعتبر =
19. الحد الأقصى لمبلغ الدعم
الحد الأقصى للدعم _____ أشخاص (أعضاء وحدة الدعم +
أعضاء ليسوا من وحدة الدعم) دولار
- احتياجات خاصة (أعضاء وحدة الدعم + أعضاء ليسوا من وحدة الدعم) ... +
20. الحد الأقصى لمبلغ الدعم =

الأحكام: تطبق هذه الأحكام ويمكنك الاطلاع عليها لدى مكتب

الخدمة الاجتماعية الذي تتبعه: SB 1041، MPP 44-207.2

(الفصل 47 لعام 2012).

جلسة الاستماع: إذا كنت تعتقد أن هذا الإجراء خطأ،
يمكنك طلب جلسة استماع. توضح الجهة الخلفية
للصفحة رقم 1 كيفية عمل ذلك.

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 ٨٣٤٩-٩٥٢-٠٠٨٠١. 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. أُمّنح 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).