

تاريخ الإخطار: _____
اسم الحالة: _____
رقم الحالة: _____
اسم الموظف المسؤول: _____
رقم التعريف: _____
رقم الهاتف: _____
معلومات على مدار 24 ساعة: _____
العنوان: _____

(ADDRESSEE)

برنامج **Medi-Cal**: لا يترتب على هذا الإخطار تغيير مساعدات (Medi-Cal) أو إيقافها. في حالة تغيير المساعدات أو إيقافها، سوف نرسل إليك إخطارًا آخر. استمر في استخدام بطاقة التعريف البلاستيكية الخاصة بالمزايا.

قد تستمر أنت وعائلتك في الاستفادة من برنامج Medi-Cal إذا توقفت الإعانة النقدية و:

- إذا تحصلت على أرباح من وظيفة أو بدأت عملاً جديدًا أو عن طريق زيادة راتبك.
- الحصول على دعم مادي أو زيادة الدعم المقدم بسبب إنجاب أطفال أو الزواج.

إذا أردت مساعدة في استكمال SAR 7 يمكنك الاتصال بالمقاطعة للحصول على المساعدة. هاتف مجاني _____.

قواعد: تطبق القواعد التالية: ويمكنك مراجعتها داخل مكتب الخدمة الاجتماعية - الإعانة النقدية: الفصول MPP القسمين 105.1-40 و 181.22. برنامج CalFresh MPP القسمين 63-103n(2) و 63-508.6. ECA: MPP و RCA, TCVAP الأقسام 70-105.1 و 69-206 و 69-301.

هل لديك أية أسئلة؟ يمكنك طرح أسئلتك على الموظف أو الاتصال على الرقم المذكور أعلاه.

جلسات الاستماع بالولاية: إذا كنت تعتقد أن هذا الإجراء خاطئ يمكنك طلب عقد جلسة استماع. اطلع على المعلومات خلف هذا النموذج لمعرفة كيفية التقدم بالطلب. لن يطرأ تغيير على المساعدات المقدمة لك في حال تقدمك بطلب عقد جلسة استماع قبل تنفيذ الإجراء.

اعتبارًا من تاريخ: _____، ستوقف المقاطعة:

الإعانة النقدية

CalFresh

وفيما يلي بيان الأسباب:

التقرير نصف السنوي (SAR 7) الذي تم موافقتنا به خلال الفترة الحالية غير مستكمل.

للاستمرار في الحصول على الإعانة النقدية و/أو مزايا برنامج CalFresh يجب عليك استكمال النموذج (SAR 7) وإرساله.

يتعين عليك الإجابة عن جميع الأسئلة وإرفاق البراهين المطلوبة حتى يكون هذا الطلب. إذا كنت تواجه صعوبة في الحصول على هذا الإثبات، يمكنك الاتصال بالمقاطعة لمساعدتك في الحصول عليه. (SAR 7) مستوفياً.

يجب أن تتسلم المقاطعة التقرير كاملاً قبل أول يوم عمل في الشهر القادم.

يجب عليك إرسال المعلومات التالية أو تقديمها:

الإجابة عن الأسئلة المحاطة بدائرة في التقرير المرفق بالكامل.

الإجابة عن الأسئلة التالية بالتقرير المرفق:

إرسال الدليل التالي أو تقديمه:

ربما يتم تغيير الإعانة النقدية و/أو مزايا CalFresh الخاصة بك أو وقفها بناءً على المعلومات التي تقدمها إلينا.

في حال موافقتنا بنموذج SAR 7 في أي وقت من الشهر القادم والذي يفيد بأنك مؤهل للحصول على الإعانة النقدية و/أو مزايا CalFresh، فسوف تبدأ في تلقي تلك المزايا بدءاً من تاريخ تقديم هذا النموذج إلينا.

إذا تم وقف الإعانة المقدمة إليك نظرًا لعدم تقديمك SAR 7 المستوفي لجميع البيانات، فلن تحصل على مزايا برنامج CalFresh المؤقتة.

إذا كانت لديك أية استفسارات حول مزايا برنامج CalFresh المؤقتة، يُرجى الاتصال بمكتب المقاطعة.

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 ١-٨٣٤٩-٩٥٢-٠٠٨.
- 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).

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

- ستبقى إعانتك المالية أو Medi-Cal على ما هي خلال فترة الانتظار لعقد جلسة السماع.
- قد تستمر خدمات رعاية طفل على ما هي خلال فترة الانتظار لعقد جلسة السماع.
- ستبقى استحقاقاتك من CalFresh على ما هي حتى عقد جلسة السماع أو إلى انتهاء مدة التصديق، أيهما جاء أولاً.

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

نعم، يرجى تخفيض أو إيقاف: إعانة المالية CalFresh
 رعاية طفل

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.

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).