

إشعار بقرب انتهاء (WTW) WELFARE-TO-WORK 24-MONTH TIME CLOCK

| | |
|------------------------|------------|
| التاريخ | |
| المقاطعة | |
| اسم الحالة | |
| رقم تعريف آخر | رقم الحالة |
| رقم هاتف الموظف () | اسم الموظف |

هل لديك أسئلة؟ يمكنك طرحها على الموظف.

يقدم هذا الإشعار معلومات حول WTW 24-MONTH TIME CLOCK.

اعتباراً من _____ (التاريخ)، قررت المقاطعة أنك، _____ (اسم المشارك)،

لديك إجمالي _____ (عدد الشهور) من الشهور المتبقية من WTW 24-Month Time Clock. وبمجرد استفادك لجميع المدة البالغة 24 شهرًا

من WTW 24-Month Time Clock، سيتعين عليك الالتزام بمتطلبات مختلفة لمواصلة تلقي المساعدات والخدمات ما لم يتم إعفاءك من برنامج WTW أو التأهل لتمديد ضمن WTW 24-Month Time Clock.

بدءاً من الشهر رقم 25 يتعين عليك الالتزام بمعايير CalWORKS الفيدرالية. بموجب هذه المتطلبات، سيتعين عليك المشاركة بنفس العدد الإجمالي من الساعات كل أسبوع، كما يتعين عليك الالتزام بمتطلبات الساعات الأساسية. يوضح المخطط التالي متطلبات المشاركة لتلبية معايير CalWORKS الفيدرالية، بما في ذلك إجمالي عدد ساعات المشاركة الأسبوعية وعدد الساعات الأسبوعية في الأنشطة الأساسية.

| عدد الساعات المطلوبة في الأنشطة الأساسية لكل أسبوع | العدد الإجمالي لساعات المشاركة المطلوبة كل أسبوع | عدد البالغين في العائلة (وحدة المساعدة) |
|--|--|---|
| 20 | 20 | بالغ أعزب لديه طفل عمره أقل من 6 سنوات |
| 20 | 30 | بالغ أعزب ليس لديه أطفال أقل من 6 سنوات |
| 30 | 35 | أسر تضم والدين |

تتضمن الأنشطة الأساسية التي يمكنك المشاركة فيها التعليم والتوظيف وخبرة العمل والبحث عن وظيفة وخدمة المجتمع. تتسم بعض الأنشطة بأن لها حدًا معينًا بشأن المدة حتى يتم احتسابها ضمن الأنشطة الأساسية، بما في ذلك الأنشطة المتعلقة بالبحث عن وظيفة والاستعداد للعمل. ومن الممكن أن يتم احتساب التعليم المهني والتدريب أنشطة أساسية إذا لم تكن قد استفدت حد 12 شهرًا.

بعد استفادك كل ما لديك من WTW 24-Month Time Clock، مع عدم الالتزام بالعدد المطلوب من ساعات المشاركة في نشاط أساسي مسموح به، يتم تخفيض الإعانات النقدية بحذف هذا الجزء من المنحة.

يمكنك التواصل مع الموظف على الفور إذا كنت:

- بحاجة إلى مزيد من المعلومات حول متطلبات المشاركة الخاصة بمعايير CalWORKS الفيدرالية التي يتعين عليك الالتزام بها فور استفادك مدة 24 شهرًا من WTW 24-Month Time Clock.
- ترغب الآن في تغيير خطة WTW وذلك لتلبية معايير CalWORKS الفيدرالية. وهذا من شأنه المحافظة على الأشهر المتبقية من WTW 24-Month Time Clock.
- بحاجة إلى مزيد من المعلومات حول الأشهر التي استفدتها.
- تعتقد أن هناك أشهر ما كان ينبغي احتسابها ضمن WTW 24-Month Time Clock.
- تعتقد أنه ينبغي إعفاءك من المشاركة في WTW ولم تطلب إعفاءً، أو تحتاج إلى مزيد من المعلومات حول الإعفاءات من المشاركة في WTW. كما يمكنك إرسال استمارة طلب الإعفاء المرفقة بعد توقيعها وتدوين التاريخ عليها إلى الموظف المسؤول عن حالتك.
- تحتاج إلى مزيد من المعلومات حول كيفية طلب تمديد لفترة WTW 24-Month Time Clock.

يمكنك التواصل مع الموظف إذا كنت تعتقد بوجود خطأ في هذا الإشعار. كما يحق لك طلب عقد جلسة استماع. توضح استمارة "حقوق جلسة الاستماع" على الخلف من هذه الصفحة كيف يمكنك طلب عقد جلسة استماع.

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 طلبين، 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 ٨٣٤٩-٩٥٢-١-٠٠٨. 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 |
| التوقيع | التاريخ |
| اسم الشخص الذي قام بتكملة هذا النموذج | رقم الهاتف |

- 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 |

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).