

کانتی

اعلامیه محدودیت زمانی **CALWORKS** شما - ماه 57ام
دریافت کمک

نام پرونده _____ :
 شماره پرونده _____ :
 شماره شناسایی دیگر _____ :
 نام مددکار _____ :

سوالی دارید؟ از مددکار خود بپرسید.

این اعلامیه شما را از ثبت ساعت 60 ماهه **CalWORKs** تان مطلع می کند.

از تاریخ _____، کانتی دریافت کرده است که شما، _____،
 نام _____ تاریخ _____
 در مجموع **57 ماه** از محدودیت زمانی 60 ماهه کلی کمک نقدی **CalWORKs** خود را استفاده کرده اید. شما می توانید برای 3 ماه دیگر
 از آن تاریخ، صلاحیت دریافت کمک داشته باشید.

سریعا با مددکار خود تماس بگیرید اگر:

- در مورد تعداد ماه های محاسبه شده برای ثبت محدودیت زمانی 60 ماهه خود به اطلاعات بیشتری نیاز دارید.
- از محدودیت زمانی 60 ماهه **CalWORKs** معاف هستید یا بوده اید و درخواست معافیت نکرده اید. یک معافیت با عدم شمارش ماه های مشخصی از محدودیت یا کمک کلی شما، ثبت ساعت شما را متوقف می کند.
- با شمارش ثبت محدودیت زمانی کانتی موافق نیستید.
- به اطلاعات بیشتری در مورد الزامات یا معافیت های محدودیت زمانی 60 ماهه **CalWORKs**، یا چگونگی ارسال درخواست برای معافیت ثبت ساعت نیاز دارید.

محدودیت زمانی 60 ماهه روی صلاحیت شما برای استفاده از **CALFRESH** یا **MEDI-CAL** تأثیری نخواهد داشت.

همچنین شما یک اعلامیه اقدام را دریافت خواهید کرد تا زمانی که از کمک نقدی 60 **CalWORKs** ماه کلی خود استفاده کرده اید را به شما اعلام کند.

اگر فکر می کنید این اعلامیه اشتباه است با مددکار خود تماس بگیرید. ضمنا شما می توانید درخواست یک جلسه دادرسی ایالتی نمایید. فرم "حقوق دادرسی شما" در پشت این برگه، چگونگی درخواست برای دادرسی ایالتی را به شما توضیح می دهد.

قوانین: این قوانین اعمال می شوند؛ شما می توانید این قوانین را با اداره رفاه خود بررسی کنید: عضو پارلمان استانی 107-40(الف)(4)، لایحه مجمع شماره 79 (فصل 11، اساسنامه 2020)، و تمام نامه های کانتی از شماره 20 تا 113.

حقوق دادرسی شما

اگر با هر گونه اقدام کانتی مخالف هستید، حق دادرسی برای شما محفوظ است. برای ارائه درخواست دادرسی فقط 90 روز فرصت دارید. از روز بعد از ارسال یا تحویل این اعلامیه از طرف کانتی، این 90 روز شروع می‌گردد. اگر درخواست دادرسی خود را ظرف مدت 90 روز ارائه ندهید ولی دلیل خوبی برای آن داشته باشید، ممکن است هنوز بتوانید درخواست دادرسی کنید. اگر دلیل خوبی ارائه دهید، ممکن است وقتی برای جلسه دادرسی شما تعیین گردد.

که کانتی بابت خدمات حمایتی به شما می‌دهد به اندازه ای نباشد که به شما امکان شرکت در این فعالیت ها را بدهد، شما می‌توانید از شرکت در این فعالیت ها انصراف ورزید.

Cal-Learn (برنامه تحصیلی برای والدین جوان و یا باردار):

- اگر ما به شما بگوییم که امکان ارائه خدمات برای ما وجود ندارد، شما نمی‌توانید در برنامه Cal-Learn شرکت کنید،
- ما تنها برای فعالیت های تایید شده، خدمات حمایتی Cal-Learn را پرداخت می‌کنیم.

سایر اطلاعات

اعضای طرح مراقبت مدیریت شده Medi-Cal: اقدامات بیان شده در این اعلامیه ممکن است سبب توقف طرح بهداشت و سلامت مدیریت شده شما گردد. اگر در این مورد سوالی دارید، می‌توانید با مرکز خدمات عضویت طرح بهداشت خود تماس بگیرید.

حمایت از کودکان و / یا حمایت‌های پزشکی: حتی اگر کمک نقدی نیز دریافت نمی‌کنید، موسسه محلی حمایت از کودکان بدون هیچ هزینه ای به شما در کسب مستمری خدمات حمایتی کودکان کمک می‌کند. چنانچه تاکنون این موسسه کار وصول مستمری خدمات حمایتی کودکان را برای شما انجام داده است، تا زمانی که بصورت کتبی به این موسسه اعلام نفرمایید که آن را متوقف سازد، این امر را ادامه خواهد داد. این موسسه وجوه فعلی دریافتی خدمات حمایتی کودکان را برای شما ارسال می‌دارد، با اینحال اگر به کانتی بدهکار باشید، مبالغ بدهی معوقه را از وجه ارسالی کسر کرده و نگه خواهد داشت.

تنظیم خانواده: در صورت درخواست، اداره رفاه و بهزیستی اطلاعات مربوط به تنظیم خانواده را به شما ارائه خواهد داد.

پرونده دادرسی: اگر درخواست استماع دادرسی بفرمایید، بخش دادرسی ایالتی یک پرونده برای شما تشکیل خواهد داد. شما حق مشاهده این پرونده را قبل از دادرسی داشته و می‌توانید حداقل دو روز قبل از جلسه دادگاه، نسخه کتبی نظریه کانتی در خصوص پرونده خود را دریافت دارید. کانتی ممکن است پرونده استماع دادرسی شما را به اداره رفاه و بهزیستی و همچنین وزارت بهداشت و خدمات انسانی و وزارت کشاورزی ایالات متحده نیز ارسال کند. (کد W&I بخش های 10850 و 10950)

اگر قبل از اعمال هرگونه اقدامی در خصوص خدمات Cash Aid, CalFresh یا خدمات مراقبت از کودک، درخواست دادرسی بفرمایید:

- در زمانی که منتظر دادرسی هستید Cash Aid یا Medi-Cal شما بدون تغییر باقی می‌ماند.
- خدمات مراقبت از کودک شما ممکن است تا زمانیکه منتظر دادرسی هستید، ثابت باقی بماند.
- منافع CalFresh شما تا زمان دادرسی یا انتهای دوره تایید، هر کدام که زودتر اتفاق بیفتد، ثابت خواهد ماند.

اگر در جلسه دادرسی مشخص گردد که حق با ماست، شما بابت هرگونه مبلغ اضافی خدمات Cash Aid, CalFresh یا خدمات مراقبت از کودک، به ما بدهکار خواهید بود. برای کاهش یا قطع مزایا قبل از جلسه دادرسی موارد زیر را علامت بزنید:

بله، کاهش یا قطع: Cash Aid CalFresh مراقبت از کودک

در زمان انتظار برای دادرسی:

Welfare to Work برنامه رفاه از طریق کار:

شما مجبور نیستید در این فعالیت ها شرکت کنید.

شما ممکن است کماکان برای اشتغال و فعالیت های مراقبت از کودک که قبل از این اعلان مورد تایید کانتی قرار گرفته اند، مستمری دریافت دارید.

اگر به شما اعلام کنیم که سایر مستمری های خدمات حمایتی شما متوقف خواهند شد، حتی اگر فعالیت های خود را ادامه دهید، هیچ مبلغ دیگری را دریافت نخواهید کرد.

اگر به شما بگوییم که ما سایر خدمات حمایتی شما را پرداخت خواهیم کرد، به مقدار و به شیوه ای که ما در این اعلامیه به شما گفته ایم، پرداخت خواهند شد.

- برای کسب این خدمات حمایتی، باید در فعالیتی که کانتی به شما گفته است، شرکت کنید.
- اگر در طول مدت زمانی که منتظر رای دادرسی هستید، مبلغی

جهت درخواست دادرسی:

- این صفحه را تکمیل کنید.
- برای نگهداری این مدارک، از تمام صفحات این فرم برای خود یک کپی بگیرید. در صورت درخواست، مددکار شما می تواند از این صفحه برایتان کپی بگیرد.
- این فرم را به این آدرس ارسال کرده یا تحویل دهید:

یا

- با تلفن رایگان 1-800-952-5253 تماس بگیرید. افراد دارای مشکلات شنوایی یا گفتاری که از وسایل مخصوص ناشنوایان استفاده می کنند، می توانند با این شماره: 1-800-952-8349 تماس بگیرند.

جهت دریافت کمک: جهت اعلام در خصوص حقوق دادرسی خود یا ارجاع کمک های حقوقی، می توانید با شماره های ایالتی رایگان فوق تماس حاصل فرمایید. جهت دریافت خدمات حقوقی رایگان می توانید به دفاتر محلی کمک های حقوقی یا دفتر حقوق رفاه و بهزیستی مراجعه کنید.

اگر نمی خواهید در جلسه دادرسی تنها باشید، می توانید دوست یا شخص دیگری را همراه خود بیاورید.

تقاضای دادرسی

من بخاطر اقدامات اداره رفاه و بهزیستی در کانتی _____ در خصوص موارد زیر در خواست دادرسی دارم: Cash Aid CalFresh Medi-Cal موارد دیگر (فهرست کنید) _____

دلیل آن: _____

اگر به فضای بیشتری نیاز دارید، اینجا را کلیک کرده و یک صفحه اضافه کنید.

من میخوام که خدمات مترجم شفاهی بصورت رایگان از طرف ایالت در اختیار من قرار داده شود. (دوستان یا بستگان شما نمی توانند در جلسه دادرسی نقش مترجم را برای شما ایفا کنند).

زبان یا گویش من: _____

نام فردی که مزایای او رد شده، تغییر کرده یا متوقف شده است	تاریخ تولد	شماره تلفن
آدرس	شهر	ایالت
امضا	تاریخ	کد پستی
نام تکمیل کننده فرم	شماره تلفن	

من میخوام که شخص نامبرده در زیر، نمایندگی من را در جلسه دادرسی بر عهده بگیرد. من به این شخص اجازه می دهم تا سوابق من را مشاهده کرده و همراه با من در جلسه دادرسی حضور یابد. (این شخص می تواند یک دوست یا یکی از بستگان شما باشد ولی نمی تواند نقش مترجم را برای شما ایفا کند.)

نام	شماره تلفن	
آدرس	شهر	ایالت
	کد پستی	