

اعلامیه اقدامات
(ادامه)

دریافت کننده – آزمون واجد شرایط بودن از نظر مالی

کانتی

تاریخ اعلامیه: _____

نام پرونده: _____

شماره پرونده: _____

نام مددکار: _____

شماره مددکار: _____

تلفن مددکار: _____

آدرس مددکار: _____

(ADDRESSEE)

سوالی دارید؟ از مددکار خود بپرسید.

استماع دادرسی ایالتی: اگر تصور می کنید که این اقدام نادرست است، می توانید درخواست دادرسی نمایید. در صفحه 3 نحوه انجام آن توضیح داده شده است.

شما واجد شرایط نیستید زیرا مجموع درآمد خالص قابل شمارش شما (شماره 18) از مبلغ حداکثر پرداخت کمک به شما (شماره 20) بیشتر است.

وجه ماهیانه کمک های نقدی

بخش الف. درآمد قابل شمارش

در ماه _____

1. درآمد خود اشتغالی _____ \$
2. هزینه های خود اشتغالی: _____ -
الف- 40% استاندارد
یا
ب- واقعی _____ -
3. درآمد خالص از محل خود اشتغالی _____ =
4. کل درآمد کسب نشده مبتنی بر مزایای از کارافتادگی (DBI) (واحد کمک های مالی + اعضای غیر دریافت کننده کمک های مالی) _____ \$
5. نادیده گرفتن 500 دلار DBI (اگر شماره 4 بیشتر از 500 دلار باشد) _____ -
6. درآمد کسب نشده مبتنی بر معلولیت بدون معافیت _____ =
یا
7. وجه بلااستفاده DBI نادیده گرفته شده _____ =
8. درآمد خالص کسب شده از محل خود اشتغالی (از بالا) _____ +
9. کل درآمد های کسب شده دیگر _____ +
10. مبلغ 500 دلار بلا استفاده (از شماره 7) _____ -
11. جمع جزء _____ =

12. درآمد کسب شده و نادیده گرفتن 50% _____ -
13. جمع جزء _____ =
14. درآمد کسب نشده بدون معافیت مبتنی بر مزایای از کارافتادگی (از شماره 6) _____ +
15. جمع جزء _____ =
16. درآمدهای دیگر بدون معافیت (واحد کمک های مالی + اعضای غیر دریافت کننده کمک های مالی) _____ +
17. وصول نفقه توسط کانتی _____ +
18. جمع کل درآمد خالص قابل شمارش _____ =
19. حداکثر مبلغ پرداخت کمک به شما _____ -
حداکثر کمک هزینه _____ =
برای هر شخص (واحد کمک های مالی + اعضای غیر دریافت کننده کمک های مالی) _____ \$
افراد معلول (واحد کمک های مالی + اعضای غیر دریافت کننده کمک های مالی) _____ +
20. مبلغ حداکثر پرداخت کمک به شما _____ =

قوانین: این قوانین اعمال می گردند؛ شما می توانید این قوانین را در دفتر رفاه اجتماعی مرور کنید: MPP 44-207.2, SB 80 (Chapter 27, Statutes of 2019).

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 می گردد. 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 می دهد به اندازه ای نباشد که به شما امکان شرکت در این فعالیت ها را بدهد، شما می توانید 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 نمی توانید در برنامه Cal-Learn شرکت کنید،
- ما تنها برای فعالیت های تایید شده، خدمات حمایتی Cal-Learn را پرداخت می کنیم.

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، می توانید با مرکز خدمات عضویت طرح بهداشت خود تماس بگیرید.

حمایت از کودکان و / یا حمایت های پزشکی: حتی اگر کمک نقدی نیز دریافت نمی کنید، موسسه محلی حمایت از کودکان بدون هیچ هزینه ای به شما در کسب مستمری خدمات حمایتی کودکان کمک می کند. 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 می دارد، 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 می توانید 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 می ماند.
- 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 در بایگانی خود، 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 استعلام 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 تمایل دارم 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 تمایل دارم 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	