کانتی

تاریخ اعلامیه: _____ :

نام پرونده: _____ :

شماره پرونده: _____ :

نام مددکار: _____ :

شماره مددکار: _____ :

اعلامیه اقدام
(ادامه)

بدهکاری (قرضداری)مبلغ اضافه پرداخت
برای (پرداختهای انجام شده در
تاریخ 6-1-2021 یا بعد از آن)

ماه و سال اضافه پرداخت

بخش الف. درآمد قابل شمارش، در ماه _____

1. درآمد کل خود اشتغالی	$				
2. هزینه های خود اشتغالی: الف. 40% استاندارد یا ب. واقعی	- -				
3. درآمد خالص از خوداشتغالی	=				
4. درآمد کل غیروابسته به شغل معلولیت محور (DBI) (اعضای واحد کمک رسانی + واحد غیر کمک رسانی)	$				
5. 550 دلار عدم رعایت DBI (اگر شماره 4 بیشتر از 550 دلار باشد)	-				
6. درآمد معلولیت محور غیروابسته به شغل بدون معافیت یا 7. عدم رعایت DBI بلااستفاده	= =				
8. درآمدهای خالص حاصل از خوداشتغالی (از بالا)	+				
9. مجموع سایر درآمد وابسته به شغل	+				
10. مبلغ استفاده نشده 550 دلار (از شماره 7)	-				
11. جمع کل	**=**				
12. عدم رعایت 50% درآمد وابسته به شغل	-				
13. جمع کل	**=**				
14. درآمد معلولیت محور غیروابسته به شغل بدون معافیت (از شماره 6)	+				
15. جمع کل	**=**				
16. سایر درآمدهای بدون معافیت (اعضای واحد کمک رسانی + واحد غیر کمک رسانی)	+				
درآمد خالص قابل شمارش	**=**				

بخش ب. کمک نقدی شما، در ماه _____

1. بیشترین کمک _____ افراد (اعضای واحد کمک رسانی + واحد غیر کمک رسانی)	$				
2. نیازهای ویژه (اعضای واحد کمک رسانی + واحد غیر کمک رسانی)	+				
3. درآمد خالص قابل شمارش از بخش الف	-				
4. جمع کل (اگر منفی است، $0 را وارد کنید)	=				
5. بیشترین کمک _____ افراد (اعضای واحد کمک رسانی + واحد غیر کمک رسانی)	$				
6. نیازهای ویژه (مخصوص اعضای واحد کمک رسانی)	+				
7. جمع کل بیشترین کمک	=				
8. جمع کل کمک ماهیانه کامل (کمترین مقدار در خط 4 یا 7)	=				
9. خط 8 به تناسب از بخش ماه	=				
10. تسویه ها: ٪25 جریمه(های) حمایت از کودک(ها)	-				
سایر جریمه ها	-				
اضافه پرداخت	-				
جریمه های Cal-Learn	-				
پاداش مدرسه ($100 یا $500)	+				
11. مبلغ کمک نقدی ماهانه (خط 8 یا 9 تسویه شده)	$				
12. اضافه پرداخت					
کمک نقدی پرداختی به شما	$				
مبلغ کمک نقدی صحیح همراه با تسویه ها	-				
جمع کل	=				
13. کمک نقدی پرداختی به شما	$				
پرداخت های کمکی جمع آوری شده برای شما	-				
جمع کل	=				
14. مبلغ اضافه پرداخت برای هر ماه (کمتر جمع کل 12 یا 13)	=				

مبلغ اضافه پرداخت (کل ماه ها) $_____

دادرسی ایالتی اگر فکر می کنید این اقدام اشتباه است، می توانید درخواست دادرسی کنید. صفحه 3 روش انجام این کار را بیان می کند.

قوانین اعمال می شوند. شما می توانید آنها را در اداره رفاه خود بررسی کنید: راهنمای خط مشی و رویه ها بخش 352-44.

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.

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 (قرضدار) 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:

<u>Welfare to Work برنامه رفاه از طریق کار:</u>

شما مجبور نیستید در این فعالیت ها شرکت کنید.

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

اگر به شما اعلام کنیم که سایر کمک های نقدی 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 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.

<u>Cal-Learn (برنامه تحصیلی برای والدین جوان و یا باردار):</u>

- 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 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 حمایتهای 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 (قرضدار) باشید، مبالغ بدهی (قرض) 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)**

جهت درخواست دادرسی:

- **این صفحه را تکمیل کنید.**
- برای نگهداری و یا ثبت سوابق، 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 علامت کرده و یک صفحه اضافه کنید.**

☐ من میخواهم 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	کد پستی
امضا			تاریخ
نام تکمیل کننده فرم			شماره تلفن

☐ **من میخواهم 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