

اعلامیه اقدامات (NOTICE OF ACTION) (دنباله)

دریافت کننده - ارزیابی های تعیین صلاحیت مالی

تاریخ اعلامیه : _____
 پرونده نامر : _____
 شماره کارشناس : _____
 نامر : _____
 شماره : _____
 تلفن : _____
 آدرس : _____

به دلیل آنکه مجموع خالص درآمد کسب شده (#18) شما بیشتر از حداکثر کمک هزینه پرداختی (#20) است واجد شرایط تشخیص داده نمی شوید.

مبلغ کمک هزینه نقدی ماهیانه

بخش A. درآمد کسب شده، ماه _____

1. درآمد حاصل از خوداشتغالی (کار آزاد) \$ _____
2. مخارج خود اشتغالی (کار آزاد):
 a. 40% استاندارد - _____
 یا
 b. واقعی - _____
3. عایدی خالص از خوداشتغالی (کار آزاد) = _____
4. مجموع درآمد غیر حاصل از کار - مربوط به ناتوانی و معلولیت (DBI) (افرادی که عضو گروه کمک گیرنده هستند + افرادی که عضو گروه کمک گیرنده نیستند) \$ _____
5. در نظر نگرفتن DBI \$225 (اگر #4 بیش از \$225 است) - _____
6. درآمد غیر معاف غیر حاصل از کار - مربوط به ناتوانی و معلولیت = _____
 یا
 7. در نظر نگرفتن DBI استفاده نشده = _____
8. عایدی خالص از خوداشتغالی (کار آزاد) (از قسمت بالا) + _____
9. مجموع سایر درآمدهای کسب شده + _____
10. مقدار استفاده نشده از \$225 (از #7) - _____
11. جمع جزء = _____
12. در نظر نگرفتن 50% درآمد کسب شده - _____
13. جمع جزء = _____
14. درآمد غیر معاف غیر حاصل از کار - مربوط به ناتوانی و معلولیت (از #6) + _____
15. جمع جزء = _____
16. سایر درآمدهای غیر معاف (افرادی که عضو گروه کمک گیرنده هستند + افرادی که عضو گروه کمک گیرنده نیستند) + _____
17. خرجی کودکان وصول شده توسط کانتی، بدون احتساب کودک دریافت کننده حداکثر کمک هزینه خانواده (فقط برای تعیین صلاحیت مالی) ... + _____
18. خالص درآمد کسب شده = _____
19. حداکثر کمک هزینه پرداختی
 حداکثر کمک هزینه _____ نفر (افرادی که عضو گروه کمک گیرنده هستند + افرادی که عضو گروه کمک گیرنده نیستند) \$ _____
 نیازهای ویژه (افرادی که عضو گروه کمک گیرنده هستند + افرادی که عضو گروه کمک گیرنده نیستند) + _____
20. حداکثر کمک هزینه پرداختی = _____

مقررات: این مقررات اعمال می شوند؛ می توانید آنها را در اینجا ملاحظه فرمایید دفتر امور رفاهی: MPP 44-207.2، SB 1041 (فصل 47، قوانین 2012).

رسیدگی ایالتی: اگر تصور می کنید این اقدام نادرست است، می توانید درخواست رسیدگی کنید. شیوه کار در قسمت پشت صفحه 1 آورده شده است.

حقوق دادرسی شما

چنانچه با اقدامی از اقدامات استان مخالفید، حق درخواست دادرسی برای شما محفوظ است. برای ارائه درخواست دادرسی، تنها 90 روز فرصت دارید. این 90 روز از روزی که استان این اعلان را به شما تحویل داده یا ارسال نمود، آغاز می‌شود. چنانچه در ظرف 90 روز، دلیل مناسبی برای عدم ارائه درخواست دادرسی داشته باشید، می‌توانید درخواست دادرسی ارائه نمایید. چنانچه بتوانید دلیل مناسبی ارائه نمایید، می‌توان زمانی را برای دادرسی تعیین نمود.

جهت درخواست دادرسی:

- این صفحه را تکمیل نمایید.
- برای نگهداری در بایگانی‌تان، یک کپی از پشت و روی این صفحه برای خود داشته باشید.
- چنانچه بخواهید، مددکار اجتماعی شما یک کپی از این صفحه برای شما تهیه خواهد نمود.
- این صفحه را به این آدرس ارسال نموده و یا شخصاً تحویل دهید:

و یا

- با تلفن رایگان 1-800-952-5253 تماس بگیرید. افراد دارای مشکلات شنوایی با گفتاری که از وسایل ارتباطی مخصوص ناشنویان استفاده می‌کنند، می‌توانند با این شماره تماس بگیرند: 1-800-952-8349.

جهت دریافت کمک: می‌توانید از طریق تماس با شماره‌های ایالتی رایگان فوق، در مورد حقوق دادرسی خود یا معرفی شدن جهت دریافت مساعدت حقوقی، سوال نمایید. می‌توانید از طریق اداره محلی مساعدت حقوقی و حقوق رفاهی خود، کمک حقوقی رایگان دریافت نمایید.

اگر نمی‌خواهید در جلسه دادرسی تنها باشید، می‌توانید دوست یا شخص دیگری را همراه خود بیاورید.

تقاضای دادرسی

من نسبت به اقدامی از سوی اداره رفاه استان _____ در مورد زیر تقاضای دادرسی دارم:

Cash Aid CalFresh برنامه Medi-Cal

سایر (فهرست کنید)

دلیل آن:

اگر به جای بیشتری نیاز دارید، در اینجا کلیک کرده و یک صفحه اضافه کنید.

من به کمک ایالت برای فراهم نمودن رایگان یک مترجم شفاهی برای من، احتیاج دارم. (یکی از بستگان یا دوستان‌تان نمی‌تواند در دادرسی برای شما ترجمه شفاهی انجام دهد.)

زبان یا لهجه من:

نام شخصی که مستمري وی سلب شده، تغییر یافته یا پرداخت آن متوقف شده است.

تاریخ تولد	شماره تلفن
------------	------------

ادرس

شهر	ایالت	کدپستی
-----	-------	--------

امضا	تاریخ
------	-------

نام تکمیل‌کننده این فرم	شماره تلفن
-------------------------	------------

من مایلم شخص نامبرده در زیر نمایندگی من را در جلسه دادرسی برعهده بگیرد. من به این شخص اجازه می‌دهم سوابق من را مشاهده نموده و همراه با من به جلسه دادرسی بیاید. (این شخص می‌تواند یک دوست یا یکی از بستگان شما باشد. با اینحال وی نمی‌تواند برای شما ترجمه شفاهی انجام دهد.)

نام	شماره تلفن
-----	------------

ادرس

شهر	ایالت	کدپستی
-----	-------	--------

چنانچه قبل از اینکه اقدامی برای Cash Aid، Medi-Cal، CalFresh، یا Child Care صورت پذیرد:

- در زمانی که منتظر دادرسی هستید، Cash Aid یا Medi-Cal شما بدون تغییر باقی خواهد ماند.
- خدمات Child Care شما ممکن است مادامیکه منتظر دادرسی هستید، ثابت باقی بماند.
- CalFresh شما، در طول دادرسی یا پایان دوره تاییدیه شما، هرکدام که زودتر اتفاق بیافتد، ثابت خواهد ماند.

چنانچه رای دادرسی به نفع ما بود، شما بابت هرگونه مبلغ اضافی خدمات Cash Aid، CalFresh، یا Child Care که در اختیار شماست، به ما بدهکار خواهید شد.

برای کاهش یا قطع مستمري‌های‌تان قبل از جلسه دادرسی، لطفاً موارد لازم را علامت بزنید:

بله موارد علامت‌زده شده را کاهش داده یا قطع کنید: Cash Aid CalFresh Child Care

در زمان انتظار برای رای دادرسی:

Welfare to Work (برنامه رفاه از طریق کار):

مجبور نیستید در فعالیت‌ها شرکت کنید.

می‌توانید برای اشتغال و سایر فعالیت‌هایی که قبل از این اعلان موردتایید استان قرار گرفته‌اند، مستمري نگهداری کودک دریافت نمایید.

اگر ما به شما اعلام کردیم سایر مستمري‌های خدمات حمایتی شما قطع خواهد شد، هیچ مبلغ دیگری دریافت نخواهید نمود، حتی اگر فعالیت‌های خود را انجام دهید.

اگر به شما اعلام کردیم سایر مستمري‌های خدمات حمایتی شما را پرداخت خواهیم نمود، مبلغ مذکور برابر با مبلغی که در این اعلان آمده و به شکلی که اینجا اعلام کرده‌ایم، پرداخت خواهد شد.

- به منظور دریافت این خدمات، باید در فعالیتی که استان به شما گفته است، شرکت نمایید.
- اگر در طول زمانی که منتظر رای دادرسی هستید، مبلغی که استان بابت خدمات حمایتی به شما می‌دهد، به اندازه‌ای نیست که به شما امکان شرکت در فعالیت را بدهد، می‌توانید شرکت در فعالیت را متوقف نمایید.

برنامه Cal-Learn:

- چنانچه به شما اعلام نمودیم ما قادر به ارائه خدمات به شما نیستیم، نمی‌توانید در برنامه Cal-Learn شرکت نمایید.
- ما تنها در ازای یک فعالیت تاییدشده، بابت خدمات حمایتی Cal-Learn مستمري پرداخت می‌نماییم.

سایر اطلاعات

اعضای طرح مراقبت مدیریت‌شده Medi-Cal: اقدام قانونی براساس این اعلام ممکن است ارائه خدمات را به شما از طریق طرح سلامت مراقبت مدیریت‌شده متوقف نماید. چنانچه در این مورد سوالی دارید، می‌توانید آنرا با خدمات عضویت طرح بهداشتی مطرح نمایید.

حمایت از کودک و یا حمایت پزشکی: اداره محلی حمایت از کودک به شما کمک می‌کند بدون پرداخت هیچ هزینه‌ای، حتی اگر کمک نقدی نیز دریافت نمی‌کنید، مستمري حمایتی را وصول نمایید. اگر ایشان هم‌اکنون کار وصول مستمري حمایتی را انجام می‌دهند، این کار را تا زمانی که شما کتاباً از ایشان درخواست توقف این کار را نمایید، ادامه خواهند داد. آنها وجه حمایتی فعلی را که وصول نموده‌اند، برای شما ارسال خواهند کرد، با اینحال مبلغ معوقی وصول‌شده‌ای را که به استان بدهکار هستید، نگه خواهند داشت.

کنترل خانواده: بنا به درخواست شما، اداره رفاه اطلاعاتی را به شما در این مورد ارائه خواهد نمود.

پرونده دادرسی: چنانچه درخواست دادرسی نمایید، بخش دادرسی ایالتی یک پرونده برای شما تشکیل خواهد داد. شما حق مشاهده این پرونده را قبل از دادرسی و دریافت یک نسخه از نظر کتبی استان را در مورد پرونده‌تان حداقل دو روز قبل از دادرسی دارید. ایالت ممکن است پرونده دادرسی شما را به اداره رفاه و وزارت بهداشت و خدمات انسانی و وزارت کشاورزی بدهد. (بخشهای 10850 و 10950 قانون رفاه و موسسات)