

## اعلامیه اقدامات

کانتی

تاریخ اعلامیه پرونده :  
نام :  
شماره کارشناس نام :  
شماره تلفن :  
آدرس :

سوالی دارید؟ از کارشناس خود سوال کنید.

(ADDRESSEE)

(ADDRESSEE)

**رسیدگی ایالتی: اگر تصور می کنید این اقدام نادرست است، می توانید درخواست رسیدگی کنید. اگر پیش از اجرای این اقدام درخواست رسیدگی کنید امکان تغییر مزایای شما نخواهد بود. اگر شما و کانتی در موردی با هم توافق ندارید یا خبری از کارشناس خود دریافت نکرده اید، برای درخواست رسیدگی صبر نکنید. شما باید درخواست رسیدگی را پیش از گذشت تعداد روزهای خاصی بدهید. برای کسب اطلاعات بیشتر و آگاهی از نحوه درخواست رسیدگی به قسمت پشت این اعلامیه رجوع نمایید.**

سوابق ما نشان می دهد که کارهای زیر را انجام نداده اید:

- امضای برنامه رفاهی-برای-کار در \_\_\_\_\_  
 شرکت در \_\_\_\_\_ در \_\_\_\_\_  
 داشتن پیشرفت مطلوب در فعالیت \_\_\_\_\_ خود به دلیل \_\_\_\_\_  
 پذیرفتن یک شغل در \_\_\_\_\_  
 حفظ شغل خود در \_\_\_\_\_  
 حفظ عایدی و درآمد مشابه.

باید با شما صحبت کنیم

برای اینکه از کاهش کمک هزینه نقدی خانواده خود جلوگیری کنید، باید درباره این مشکل با شما صحبت کنیم. قراری برای شما در \_\_\_\_\_ ساعت، \_\_\_\_\_ در \_\_\_\_\_ ترتیب داده شده است. اگر برای حاضر شدن در این قرار ملاقات نیاز به تسهیلات رفت و آمد یا مراقبت از فرزندان دارید، با کارشناس رفاهی-برای-کار خود در شماره تلفن ذکر شده زیر تماس بگیرید.

نام کارشناس رفاهی-برای-کار: \_\_\_\_\_  
شماره تلفن: \_\_\_\_\_

اگر نمی توانید در این قرار ملاقات شرکت کنید، باید برای تعیین وقت جدید با کارشناس خود تماس بگیرید. این قرار ملاقات را فقط می توانید یک بار تغییر دهید، مگر آنکه دلیل موجهی داشته باشید. بجای رفتن به قرار ملاقات می توانید با کارشناس خود تماس گرفته و درباره مشکل صحبت کنید. شما باید با \_\_\_\_\_ برای تعیین وقت جدید با کارشناس خود تماس بگیرید، یا تلفنی درباره مشکل خود صحبت کنید.

هنگامی که با کارشناس خود صحبت می کنید، از شما در مورد دلیل موجه ("عذر موجه") برای عدم انجام کاری که از شما خواسته بودیم سوال خواهد شد. اگر تایید کنیم که دلیل و عذر شما موجه است، کمک هزینه نقدی خانواده شما بخاطر این مشکل کاهش داده نخواهد شد. از نمونه دلایل موجه می توان به نداشتن امکانات مراقبت از فرزندان یا نداشتن امکانات رفت و آمد اشاره کرد. برای آگاهی از سایر دلایل موجه به فرم "تعیین تکلیف موجه بودن دلیل" ارسال شده همراه این اعلامیه مراجعه کنید.

اگر بتوانید به ما نشان دهید که موقعی که فعالیت رفاهی-برای-کار را انجام نداده اید می بایست معاف بوده باشید، در این صورت نیز کمک هزینه نقدی خانواده شما کاهش نخواهد یافت.

اگر دلیل موجهی برای انجام ندادن کاری که از شما خواسته ایم نداشته باشید، می توانید برای تأمین شرایط مقررات رفاهی-برای-کار با یک برنامه سازگاری موافقت کنید. اگر با یک برنامه سازگاری موافقت کرده و فعالیت های ذکر شده در آنرا انجام دهید، کمک هزینه نقدی خانواده شما کاهش داده نخواهد شد. اگر با یک برنامه سازگاری موافقت کنید اما بعداً فعالیت های ذکر شده در آنرا انجام ندهید، کمک هزینه نقدی خانواده شما کاهش داده خواهد شد. اگر چنین شود، یک اعلامیه دیگر دریافت خواهید کرد.

قوانین: قوانین زیر اعمال می شوند: CalWORKs MPP § 42-712 (استثناها); 42-713 (دلیل موجه); 42-721 (عدم سازگاری و دلیل موجه). CalFresh MPP § 63-407.521. می توانید این قوانین و مقررات را در دفتر امور رفاهی خود مشاهده کنید.

چگونه می توانید از کاهش کمک هزینه نقدی خانواده خود جلوگیری کنید

از \_\_\_\_\_، مطابق با مندرجات صفحه بعد کمک هزینه نقدی خانواده شما از \_\_\_\_\_ \$ به \_\_\_\_\_ \$ کاهش داده خواهد شد مگر آنکه دلیل موجهی برای انجام ندادن کارهایی که از شما خواسته بودیم ارائه کنید. اگر دلیل و عذر موجهی نداشته باشید، می توانید برای جلوگیری از کاهش کمک هزینه نقدی خانواده خود با یک برنامه سازگاری موافقت کنید. اگر با یک برنامه سازگاری موافقت نکنید، قبل از کاهش داده شدن کمک هزینه نقدی خانواده خود هیچ اعلامیه دیگری دریافت نخواهید کرد.

برای آگاهی از اطلاعات و توضیحات مربوط به مبلغ دریافتی خانواده شما در صورت کاهش کمک هزینه نقدی خانواده به صفحه بعد مراجعه کنید.

اگر کمک هزینه نقدی دریافت نکنید، ما هزینه رفت و آمد، یا مخارج مربوط به کار یا آموزش را پرداخت نخواهیم کرد. اگر مشغول به کار باشید یا تحصیل کنید ممکن است هزینه مراقبت از کودک را بپردازیم.

چگونه می توانید مجدداً کمک هزینه نقدی دریافت کنید

کمک هزینه نقدی خانواده شما بخاطر این مسئله کاهش می یابد که کارهایی که از شما خواسته بودیم را انجام نداده اید و نام شما از واحد کمک رسانی حذف می گردد. اگر کمک هزینه نقدی خانواده شما کاهش یافت، می توانید بخشی از کمک هزینه نقدی را پس بگیرید اما به شرطی که واجد شرایط باشید و با کانتی تماس گرفته و به آنها بگویید که کمک هزینه نقدی خود را می خواهید؛ و سپس کارهای مورد درخواست کانتی را انجام دهید.

جهت تماس با کانتی برای پس گرفتن کمک هزینه نقدی با \_\_\_\_\_ تماس بگیرید.

ولی دیگر خانواده، \_\_\_\_\_، نیز می تواند دوباره کمک هزینه نقدی دریافت کند اما به شرطی که واجد شرایط باشد و با کانتی تماس گرفته و به آنها بگوید که کمک هزینه نقدی را می خواهد؛ و سپس کارهای مورد درخواست کانتی را انجام دهد.

آیا به کمک های حقوقی رایگان نیاز دارید؟ می توانید از اینجا در خصوص این مشکل کمک رایگان دریافت کنید:

دفتر محلی کمک رسانی حقوقی (Legal Aid): (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

سازمان حقوق رفاهی ایالت (State Welfare Rights Organization): (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**CalFresh:** اگر عدم رعایت الزامات رفاهی-برای-کار باعث جریمه CalFresh شود، ممکن است نتوانید مزایای CalFresh دریافت کنید. اگر جریمه CalFresh وجود داشته باشد، یک اعلامیه دیگر دریافت خواهید کرد که در آن گفته می شود مزایای CalFresh شما تا چه مدت قطع خواهند شد.

**Medi-Cal:** این اعلامیه اقدامات تغییر در مزایای Medi-Cal شما نمی دهد یا آنها را قطع نمی کند. کارت (های) پلاستیکی شناسایی مزایای خود را نگاه دارید.

## 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 ناشنوایان 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، مبالغ 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 کتباً از ایشان درخواست توقف این کار را ننمایید، 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)