

## حقوق دادرسی شما

چنانچه با اقدامی از اقدامات استان مخالفت، 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 می شود. چنانچه در ظرف 90 روز، دلیل مناسبی برای عدم ارائه درخواست دادرسی داشته باشید، می توانید درخواست دادرسی ارائه نمایید. چنانچه بتوانید دلیل مناسبی ارائه نمایید، می توان زمامی را برای دادرسی تعیین نمود.

چنانچه قبلاً از اینکه اقدامی برای Cash Aid، Medi-Cal، یا Child Care صورت پذیرد درخواست دادرسی کنید:

- 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، تا زمان 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 CalFresh، Cash Aid، یا Child Care که در اختیار شماست، به ما بدهکار خواهید شد. برای کاهش یا قطع مستمری ها یتان قبل از جلسه دادرسی، لطفاً موارد لازم را علامت بزنید:

بله موارد علامت زده 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 فعالیت ها شرکت کنید.

می توانید برای اشتغال و سایر فعالیت هایی که قبل از این اعلان موردتایید استان قرار گرفته اند، مستمری نگهداری کودک دریافت نمایید.

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

اگر به شما اعلام کردیم سایر مستمری های خدمات حمایتی شما را پرداخت خواهیم نمود، مبالغ مذکور برابر با مبلغی که در این اعلان آمده و به شکلی که اینجا اعلام کرده ایم، 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 می دهد، به اندازه ای نیست که به شما امکان شرکت در فعالیت را بدهد، می توانید شرکت در فعالیت را متوقف نمایید.

**برنامه Cal-Learn:**

چنانچه به شما اعلام نمودیم ما قادر به ارائه خدمات به شما نیستیم، نمی توانید در برنامه Cal-Learn شرکت نمایید.

ما تنها در ازای یک فعالیت تاییدشده، بابت خدمات حمایتی Cal-Learn مستمری پرداخت می نماییم.

**سایر اطلاعات**

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

**حمایت از کودک و یا حمایت پزشکی:** اداره محلی حمایت از کودک به شما کمک می کند بدون پرداخت هیچ هزینه ای، حتی اگر کمک نقدی نیز دریافت نمی کنید، مستمری حمایتی را وصول نمایید. اگر ایشان هم اکنون کار وصول مستمری حمایتی را انجام می دهند، این کار را تا زمانی که شما کتباً از ایشان درخواست توقف این کار را نمایید، ادامه خواهند داد. آنها وجه حمایتی فعلی را که وصول نموده اند، برای شما ارسال خواهند کرد، با اینحال مبلغ معوقی وصول شده ای را که به استان بدهکار هستید، نگه خواهند داشت.

**تنظیم 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 پرونده تان 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)

## جهت درخواست دادرسی:

این صفحه را تکمیل نمایید.

- برای نگهداری در بایگانی تان، 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:

California Department of Social Services  
State Hearings Division, ACAB  
744 P Street, MS 9-17-97  
Sacramento, CA 95814

و یا نامبر: 1-916-651-2789

- با تلفن رایگان 1-855-795-0634 تماس بگیرید. افراد دارای مشکلات شنوایی یا گفتاری که از وسایل ارتباطی مخصوص ناشنوايان استفاده می کنند، می توانند با این شماره تماس بگیرند: 1-800-952-8349.

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

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

### تقاضای دادرسی

من نسبت به اقدامی از سوی اداره رفاه استان \_\_\_\_\_  
در موارد 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 دوستان تان نمی تواند در دادرسی برای شما ترجمه شفاهی انجام دهد.)

زبان یا لهجه من: \_\_\_\_\_

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

تاریخ تولد	شماره تلفن
آدرس	
شهر	ایالت
امضا	تاریخ
نام تکمیل کننده این فرم	شماره تلفن

من مایلم شخص نامبرده در زیر نمایندگی من را در جلسه دادرسی برعهده بگیرد. من به این شخص اجازه می دهم سوابق من را مشاهده نموده و از طرف من به جلسه دادرسی برود. (این شخص می تواند یک دوست یا یکی از بستگان شما باشد. با اینحال وی نمی تواند برای شما ترجمه شفاهی انجام دهد.)

نام	شماره تلفن
آدرس	
شهر	ایالت
کدپستی	