



حقوق، مسئولیت‌ها و اطلاعات مهم دیگر

برای کمک هزینه (برنامه‌های کمک مالی) و CalFresh (برنامه کمکی تغذیه مکمل به صورت برنامه الکترونیکی ماهانه برای خرید بسیاری از مواد غذایی از سوپرمارکت‌ها و فروشگاه‌ها)، و یا Medi-Cal/34 بخش ایالت کالیفرنیا (CMSP)

این صفحات به شما حقوق، مسئولیت‌ها و اطلاعات مهم دیگر را ارائه می‌دهند. بخش به حقایق در مورد شما نیاز دارد که بدانند آیا شما شایستگی کمک هزینه، کمک‌های CalFresh و Medi-Cal (برنامه کمک هزینه درمانی کالیفرنیا) و یا برنامه خدمات پزشکی درمانی/34 بخش ایالت کالیفرنیا (CMSP) را دارید یا نه تا محاسبه کند که اگر شایستگی داشته باشید چه مقدار کمک دریافت خواهید کرد. اگر اطلاعات بیشتری نیاز دارید یا سوالات بیشتری دارید، از کارگزار خود بپرسید. CalWORKs (کمک مالی شامل فرصت‌های کاری و مسئولیت برای کودکان و نوجوانان در کالیفرنیا) و کمک نقدی به پناهندگان (RCA) می‌باشد. Medi-Cal/34 بخش کالیفرنیا (CMSP) شامل مزایای کامل Medi-Cal/34 بخش کالیفرنیا (CMSP) و مزایای محدود Medi-Cal/34 بخش کالیفرنیا (CMSP) مربوط به اورژانس و بارداری می‌باشد.

حقوق شما

1. درمان به طور مساوی بدون توجه به نژاد، رنگ، ملیت، مذهب، وابستگی سیاسی، وضعیت تأهل، جنسیت، ناتوانی، یا سن. اگر احساس کنید که در مورد شما تبعیض انجام شده است شما می‌توانید اول با صحبت با نماینده حقوق شهروندی طراحی شده توسط بخش یا به صورت کتبی

State Civil Rights Bureau
744 P Street, MS 8-16-70
P.O. Box 944243
Sacramento, CA 94244-2430

یا با تماس رایگان با 1-866-741-6241 یا برای دادرسی با TDD 1-800-688-4486 از تبعیض شکایت کنید.

2. رسیدن به درخواست یا ادامه دریافت کمک هزینه، مزایا و خدمات اگر دارای معلولیت هستید. اگر به علت معلولیت به کمک نیاز دارید یا بخش تماس بگیرید.

3. تقاضا برای کمک برای تکمیل فرم درخواست یا هر کمک مالی، CalFresh، یا Medi-Cal/34 بخش کالیفرنیا (CMSP) دیگر.

4. تقاضا برای مفسر و ترجمه‌ی اطلاعیه‌ها و فرم‌ها، اگر انگلیسی خواندن و نوشتن نمی‌دانید.

5. با شما با تواضع، توجه و احترام رفتار شود.

6. مصاحبه با شما بدون معطلی توسط بخش زمانی که درخواست می‌کنید که شایستگی شما تعیین شود، 45 روز برای کمک مالی و Medi-Cal/34 بخش کالیفرنیا (CMSP) (یا 90 روز برای Medi-Cal اگر تعیین از کارافتادگی مورد نیاز باشد) و 30 روز برای کمک‌های CalFresh.

7. بحث درباره مورد خودتان با بخش و بررسی توسط خودتان زمانی که به آن نیاز است.

8. قوانین دریافت کمک مالی فوراً به شما گفته شود. اگر ما تشخیص دهیم که شما ممکن است شایسته باشید تا یک روز بعد با شما مصاحبه انجام می‌شود.

9. قوانین دریافت کمک‌های CalFresh فوراً به شما گفته شود. اگر ما تشخیص دهیم که شما ممکن است شایسته دریافت فوری آن باشید فوراً با شما مصاحبه انجام می‌شود و مزایای CalFresh را تا سه روز بعد دریافت خواهید کرد.

10. دریافت Medi-Cal/34 بخش CMSP به محض این که ممکن باشد اگر شما مورد اورژانسی دارید یا باردار هستید.

11. ادامه دریافت کمک مالی و مزایای Medi-Cal بدون وقفه اگر از یک کشور به کشور دیگر نقل مکان کنید و همچنان شایستگی داشته باشید.

12. قوانین شایستگی Medi-Cal قبلی به شما گفته شود.

13. هزینه‌های کمتر و مشترکی که شما با دادن صورتحساب‌های پرداخت نشده گذشته ممکن است هنوز داشته باشید، زمانی که درخواست Medi-Cal می‌کنید.

14. انتخاب طرح سلامتی از پیش پرداخت شده (PHP)، پوشش بهای خدمات (اگر در دسترس باشد)، سازمان حفظ سلامت (HMO)، یا Medi-Cal زمانی که برای Medi-Cal شایستگی دارید.

15. تقاضا برای داشتن کارت هویت کمک‌های Medi-Cal (BIC)، یا کارت انتقال مزایای الکترونیکی (EBT) جایگزین اگر در پست گم شده، آسیب دیده یا خراب شده باشد. بخش اگر شما شایسته باشید به شما خواهد گفت.

16. تقاضا برای پول بیشتر اگر درآمد شما کم یا متوقف شده است (فقط کمک مالی).

17. تقاضا برای پرداخت‌های لباس، مسکن یا اقلام ضروری مسکن که از بین رفته‌اند، آسیب دیده اند یا به علت شرایط غیرمعمول و ناگهانی در دسترس نیستند (فقط کمک مالی).

18. تقاضا برای پرداخت‌های نیازهای خاص در حال افزایش مثل رژیم غذایی خاص، حمل و نقل یا مراقبت سلامت در حال پیشرفت، خدمات رختشویخانه خاص، تلفن برای مشکلات شنوایی، صورتحساب‌های سود بالا، غیره (فقط کمک هزینه).

19. اطلاع به صورت کتبی زمانی که درخواست شما تأیید می‌شود، رد می‌شود یا زمانی که مزایا تغییر کرده یا متوقف می‌شوند.

20. محرمانه نگهداشتن اسناد شما توسط بخش و دولت، مگر اینکه در حال دریافت کمک مالی یا کمک‌های CalFresh باشید و دستگیری به واسطه جرم وجود داشته باشد، یا این توسط قانون فراهم شده باشد.

21. صحبت با شخصی از بخش یا شکایت رسمی با دولت اگر با عمل بخش موافق نیستید. شما ممکن است تماس رایگان با 1-800-952-5253 یا برای دادرسی با TDD 1-800-952-8349 داشته باشید.

22. تقاضا برای دادرسی دولت تا 90 روز از عمل بخش برای کمک مالی، CalFresh و Medi-Cal.

23. تقاضا برای دادرسی دولت، شما می‌توانید به بخش بنویسید یا با شماره تلفن‌های رایگان لیست شده در مورد 21 بالای تماس بگیرید.

24. در دادرسی دولت توسط خودتان، عضو خانواده، دوست، وکیل، یا شخص دیگری که شما انتخاب می‌کنید به شما نمایندگی داده شود. نکته: شما ممکن است بتوانید کمک قانونی مجانی در اداره کمک هزینه قانونی یا در گروه حقوق رفاه دریافت کنید.

25. داشتن دسترسی مناسب به مکانی که بتوانید مزایای نقدی خود را با کمترین هزینه یا بدون هزینه بیرون بکشید.

26. دریافت بروشوری که به شما بگوید چگونه می‌توانید از کارت EBT (کارت انتقال مزایای الکترونیکی) استفاده کنید و چگونه می‌توانید مزایای نقدی خود را با کمترین هزینه یا بدون هزینه دریافت کنید.

27. دریافت لیست دستگاه‌های ATM بدون مالیات اضافی و فروشگاه‌هایی که در آن‌ها می‌توانید پول را بدون هزینه، هنگامی که با کارت EBT خود خرید می‌کنید، پس بگیرید. شما می‌توانید لیستی از این مکان‌ها را از کارگزار بخش خود یا در www.ebt.ca.gov دریافت کنید.

آگاه از مجازات شهادت دروغ که هر فردی که برای مزایای کمک هزینه و CalFresh درخواست می دهد یک شهروند آمریکا، تبعه آمریکا است یا وضعیت مهاجرت قانونی دارد. ما اطلاعات وضعیت مهاجرت شما را با خدمات مهاجرت و شهروندی ایالات متحده آمریکا (USCIS) مطابقت خواهیم داد تا مطمئن شویم که شخص مورد نظر واجد شرایط است. برای CalFresh، اگر افرادی در خانواده شما وجود دارند که برای مزایای CalFresh درخواست نمی دهند، لازم نیست که وضعیت شهروندی یا مهاجرت این افراد را فراهم کنید.

اگر شما تمایل دارید Medi-Cal/34-County CMSP را دریافت کنید، می بایست یک اظهارنامه وضعیت شهروندی / مهاجرت را با آگاه از مجازات شهادت دروغ فراهم کنید. اگر شما می گوید که شهروند نیستید اما دارای اقامت دائمی قانونی (LPR) در ایالات متحده آمریکا می باشید، یا یک عفو خارجی با 1-688 معتبر و جاری یا یک اقامت دائم شهروندی تحت لوای قانون (PRUCOL) می باشید، وضعیت مهاجرتتان با USCIS مطابقت داده خواهد شد. اطلاعاتی که USCIS دریافت می کند تا وضعیت مهاجرت متقاضیان را بررسی کند، تنها برای بررسی واجد شرایط بودن برای Medi-Cal/34 استفاده می شوند. این اطلاعات برای اجبار مهاجرت استفاده نمی شوند، مگر این که شما مرتکب کلاهبرداری شده باشید.

انگشت نگاری / عکس برداری

تمام اعضای بزرگسال و واجد شرایط خانواده برای کمک هزینه، و هر بزرگسالی که برای کمک هزینه تنها برای فرزند تقاضا می دهید، می بایست انگشت نگاری / عکسبرداری شود. اگر لازم است که شما به این قوانین عمل کنید اما انگشت نگاری/ عکسبرداری را انجام ندهید، تمام خانواده از مزایای کمک هزینه محروم می شوند. (دستورالعمل خط مشی ها و مراحل (MPP) بخش 40-105.3)

عکس ها/ انگشت نگاری ها محرمانه هستند ما تنها از آن ها برای جلوگیری از کلاهبرداری و جلوگیری از پرونده سازی بر ضد شما در زمینه کلاهبرداری در کمک های اجتماعی استفاده می کنیم.

قوانین شماره امنیت اجتماعی (SSN)

SSN ها برای تطابق کامپیوتری برای بررسی درآمد و منابع به همراه سوابق مالیاتی، رفا، اشتغال، اداره امنیت اجتماعی و سایر آژانس ها استفاده می شوند. تفاوت ها ممکن است با کارفرماها، بانک ها یا سایر موارد مطابقت داده شوند. درست کردن بیانیه های غلط یا کوتاه در گزارش کردن تمام حقایق یا وضعیت هایی که واجد شرایط بودن شما و پرداخت کمک هزینه را برای کمک هزینه، CalFresh و 34 / Medi-Cal بخش CMSP تحت تاثیر قرار می دهد، ممکن است منجر به پرداخت دوباره مزایا و یا فعالیت های جنایی یا حقوقی شود.

مزایای کمک هزینه و CalFresh شما می بایست شماره تامین اجتماعی (SSN) هر متقاضی یا دریافت کننده کمک هزینه/ CalFresh را به ما بدهید. اگر شما از دادن SSN یا مدرک تقاضا برای SSN به ما خودداری کنید، قادر به دریافت مزایای کمک هزینه یا CalFresh نخواهید بود. برای CalFresh، اگر افرادی در خانواده شما وجود دارند که برای مزایای CalFresh درخواست نمی دهند، لازم نیست SSN آن ها را فراهم کنید. برای کمک هزینه، شما می بایست مدرک تقاضا برای کمک هزینه از درخواست برای هر SSN در طول 30 روز از تقاضا برای کمک هزینه فراهم کنید و هنگامی که SSN را گرفتید، آن را به بخش بدهید. (MPP بخش 40-105.2)

هر متقاضی 34 / Medi-Cal بخش CMSP که می گوید او شهروند آمریکا یا تبعه آمریکا، یا یک LPR در آمریکا، یک بیگانه عفو شده با 1-688 معتبر و جاری یا یک PRUCOL است، اگر از دادن SSN یا مدرک تقاضا برای SSN خودداری کند، برای گرفتن Medi-Cal سلب صلاحیت می شود. هر غیر شهروندی که SSN ندارد و یک بیگانه عفو شده با 1-688 معتبر و جاری یا LPR یا PRUCOL، هنوز هم می تواند 34 / Medi-Cal بخش CMSP محدود دریافت کند، اگر او تمام قوانین شایستگی شامل اقامت کالیفرنیا را برآورده سازد.

تاییدها

دادن مدارکی که از واجد شرایط بودن شما حمایت کند. اگر شما نمی توانید آن مدرک را به دست آورید، ما برای گرفتن درک به شما کمک می کنیم. ممکن است نیاز باشد، یک واگذاری اطلاعات شخص ثالث یا یک بیانیه سوگند را امضا کنید. (بخش های MPP 40-157.212; 40-157.212; 40-105.1)

همکاری

همکاری با کارکنان بخش، ایالت و فدرال. برای کمک هزینه یک کارگزار بخش می تواند در یک زمان مشخص به خانه شما بیاید تا حقایقی که گفته اید را بررسی کند، شامل دیدن اعضای خانواده شما. اگر همکاری نکنید ممکن است مزایا را دریافت نکنید، یا مزایا متوقف شوند.

کمک هزینه و Medi-Cal

درخواست برای هرگونه مزایایی که افراد واجد شرایط می توانند بگیرند، مثل: مزایای بیکاری (UIB) یا معلولیت، مزایای سربازان بازنشسته، امنیت اجتماعی یا Medicare (بیمه مراقبت های بهداشتی و پزشکی برا ی افراد مسن) و غیره.

حمایت فرزند/ همسر و پزشکی

همکاری با بخش برای و آژانس حمایت از کودکان محلی برای:

- شناسایی و تعیین محل هر والد غایب در پرونده شما.
 - هر زمان که اطلاعاتی در مورد والد غایب به دست آورید، مانند محل اقامت تیا کار، به بخش یا آژانس حمایت از کودکان محلی اطلاع دهید.
 - در هنگام لزوم اصلیت هر کودکی در پرونده تان را مشخص کنید.
 - پول حمایت پزشکی را از والد غایب بگیرید، و اگر کمک هزینه در یافت می کنید، پول حمایت از کودک را نیز بگیرید؛
 - پول حمایت پزشکی و پول حمایت از فرزند/ همسری را که دریافت می کنید به آژانس حمایت از کودک محلی بدهید.
 - در مورد پوشش پزشکی یا پولی که برای خدمات پزشکی توسط والد غایب پرداخت می شود، به بخش اطلاع دهید.
- اگر بدون دلیل خوب در همکاری کوتاه کنید، کمک هزینه شما کاهش خواهد یافت. (MPP بخش های 40-157.212; 40-157.213)

MEDI-CAL

کارت شناسایی مزایا (BIC)

- هنگامی که کارت BIC را می گیرید آن را امضا کنید، و تنها برای گرفتن خدمات درمانی بهداشتی ضروری از آن استفاده کنید.
- هرگز BIC خود را دور نیندازید (مگر این به شما یک BIC جدید بدهم). شما باید حتی زمانی که دیگر از خدمات Medi-Cal استفاده نمی کنید این BIC سود را نگه دارید. شما می توانید از همین BIC برای دریافت دوباره کمک هزینه یا Medi-Cal استفاده کنید.
- BIC سود را می توانید زمانی که خود و یا یکی از اعضای خانواده بیمار است و یا وقت دکتر دارد به دکتر خود بدهید.
- BIC سود را فوراً به پزشکی که به مداوای شما یا یکی از اعضای خانواده تان در موقعیتی اورژانسی پرداخته است نشان دهید.

پوشش بهداشتی درمانی / بیمه

- برای اطلاع به بخش یا فراهم کننده خدمات بهداشتی در مورد هر گونه پوشش بهداشتی درمانی / بیمه شما و خانواده تان.
- فراهم کردن هر گونه بیمه بهداشتی درمانی برای شما و خانواده تان به صورت رایگان یا با قیمت بسیار مناسب.
- استفاده از هر طرح درمانی از پیش پرداخته شده، سازمان حفظ سلامتی و یا طرح های بیمه درمانی که قبل از استفاده از 34 / Medi-Cal بخش CMSP داشته اید، مگر این که طرح مورد نظر خدمات درمانی مورد نیاز را ارائه ندهد. شما می بایست از این طرح ها استفاده کنید، چرا که Medi-Cal برای خدماتی که این طرح هزینه آن ها پرداخته اند، یا خدمات فراهم شده توسط این بیمه ها هزینه ای پرداخت نخواهد کرد.
- ثبت نام کردن و باقی ماندن در طرح های درمانی گروه های وابسته به اشتغال، هنگامی که Medi-Cal پرداخت حق بیمه طرح توسط ایالت کالیفرنیا را تایید می کند.

مسئولیت های گزارش کردن شما

هدیه، وام های بورس تحصیلی، باز پرداخت های مالیاتی/ هرگونه مزایای دولتی، مانند امنیت اجتماعی، پرداخت تکمیلی ایالتی / درآمد امنیتی تکمیلی (SSI/SSP)، مزایای بیکاری، جبران ضررهای کارگری، غرامت معلولیت ایالتی (SDI)، بازنشستگی سربازان یا کارکنان راه آهن، یا هرگونه مزایای خصوصی و دولتی بازنشستگی، درآمد حاصل از اجاره، و کمک هزینه اجاره، اسکان مجانی، تسهیلات، غذا، لباس و یا هر گونه پولی که شما یا افراد خانواده تان دریافت کرده اید. همچنین در SAR 7 می بایست هر گونه تغییراتی که مطمئن هستید در شش ماه آینده رخ خواهد داد را گزارش کنید. که شامل تغییرات در درآمدهای حاصل از کار و درآمدهای غیرکاری و ازکارافتادگی می باشد.

3. **دارایی:** هر گونه دارایی شامل: وسایل نقلیه موتوری، حساب های بانکی، اوراق بهادار، بیمه نامه ها، خانه یا زمین، ودیعه، مانده نقدی EBT، و غیره که شما یا خانواده تان از زمان آخرین گزارشتان دریافت کرده اید و هنوز آن را دارید. که ممکن است آنها را خریده باشید، از طریق معامله یا به عنوان هدیه به دست آورده باشید. بخش از این اطلاعات استفاده می کند تا بداند آیا شما از محدودیت درآمد فراتر رفته اید یا خیر. همچنین اگر کسی در خانواده دارایی را از زمان آخرین گزارش فروخته، مبادله کرده یا بخشیده است، می بایست این امر را گزارش کنید.

4. **اگر کسی به خانواده شما اضافه یا از خانواده تان خارج شده است:** هر کسی (شامل نوزاد تازه متولد شده) که از زمان آخرین گزارشتان به خانواده شما اضافه شده است. همچنین می بایست رفتن افراد از خانواده را گزارش کنید، شامل افرادی که فوت کرده اند.

5. **فرار جنایتکاران و متخلفین مشروط / عفو مشروط:** نام هر کسی در خانواده تان که از قانون فرار می کند یا از قانون مخفی می شود، تا از تعقیب قانونی به زندان رفتن یا توقیف به دلیل بزهکاری یا تلاش برای بزهکاری بگریزد. نام هر کسی در خانواده شما که توسط دادگاه با عفو مشروط آزاد شده است.

6. **ساعات کاهش یافته کار:** اگر سن شما بین 19 و 50 است، و از کودکان کوچک مراقبت نمی کنید، می بایست وقتی ساعات کاری تان از 20 ساعت در هفته یا 80 ساعت در ماه کمتر می شود، گزارش دهید. همچنین اگر می دانید که ساعات کاری تان در شش ماه آینده به کمتر از این مقدار خواهد رسید، می بایست این امر را گزارش کنید.

برای Medi-Cal/ 34 بخش CMSP می بایست زمانی گزارش کنید که:

1. کسی به یک بیمارستان خصوصی وارد یا خارج می شود یا از تسهیلات درمانی به صورت بلند مدت استفاده می کند.
2. کسی برای مزایای از کارافتادگی تقاضا می دهد، مانند SSI/SSP، امنیت اجتماعی، بیمه سربازان، یا بازنشستگی راه آهن.
3. کسی از خدمات درمانی استفاده می کند و این امر از تصادف یا جراحی که در نتیجه عمل و اشتباه دیگران پدید آمده است، حاصل می شود.

شما می بایست اطلاعات خاصی را به بخش گزارش کنید. اگر مطمئن نیستید که چگونه گزارش کنید، چه چیزی را گزارش کنید، و به چه مدارکی نیاز دارید، از کارگزار خود بپرسید. اگر مزایای CalFresh را دریافت می کنید، کارگزار شما به شما خواهد گفت که خانواده شما می بایست به صورت نیمه سالانه گزارش بدهد یا به هنگام بروز تغییرات. اگر شما Medi-Cal/34 بخش CMSP را دریافت می کنید، بخش به شما خواهد گفت که چه موقع می بایست گزارش بدهید. (بخش 40-181 MPP).

مقتضایان CalWORKs - اگر هریک از اطلاعاتی که به کانتی داده اید تغییر نموده اند، باید اطلاعات جدید را ظرف مدت 5 روز به کانتی گزارش کنید.

چگونه می بایست گزارش بدهید

برای گزارش نیمه سالانه کمک هزینه و CalFresh، علاوه بر گزارش سالانه SAWS 2 (سیستم رفاه اتوماتیک سراسر ایالت) شما می بایست گزارش شایستگی نیمه سالانه (SAR 7) را تا روز پنجم ماه بعد از ماه گزارشتان تحویل بدهید و تمام تغییرات مورد نیاز را تا 10 روز گزارش بدهید.

برای گزارش تغییرات CalFresh، شما می بایست تمام تغییرات را تا 10 روز گزارش کنید:

• به وسیله پست، تلفن، به شخصاً به اداره CalFresh بخش؛ یا

• در SAR 3 (گزارش نیمه سالانه) یا (نماینده مجاز) AR 3؛ یا

• در CF 377.5، گزارش تغییرات خانواده CalFresh

برای Medi-Cal، شما می بایست همه تغییرات را تا 10 روز گزارش کنید، و گزارش کامل وضعیت را تا 5 روز ماه که بخش آن را برای شما می فرستد یا به شما می دهد، تحویل دهید.

زمانی که می بایست گزارش بدهید

برای گزارش نیمه سالانه کمک هزینه و CalFresh

قوانین گزارش نیمه سالانه (SAR) می گویند که شما می بایست موارد خاصی را دو بار در سال گزارش کنید. اولین گزارش درخواست شما یا تعیین مجدد / تایید مجدد (RD/RC) اظهارنامه حقایق (SAWS 2 PLUS) شما خواهد بود. گزارش دوم گزارش نیمه سالانه شایستگی (SAR 7) شما خواهد بود. مهلت تحویل گزارش SAR 7 همیشه 5 روز از ماه ششم پس از درخواست یا RD/RC سالانه شماست و اگر تا روز 11 این ماه دریافت نشود تاخیر خورده محسوب می شود. اگر SAR 7 شما تاخیر داشته باشید، شما مجبور خواهید بود هر گونه کمک هزینه یا CalFresh را که دریافت کرده اید و نمی بایست دریافت می کرده اید را باز پس دهید. شما می بایست درآمد خالص، مانند هر گونه تغییری در درآمد خالص که مطمئن هستید در شش ماه آینده اتفاق خواهد افتاد، تغییر در تعداد افراد خانواده تان، و اطلاعات در مورد هر عضو جدیدی در خانواده و هر دارایی خریداری شده یا فروخته شده توسط افراد خانواده تان را گزارش بدهید. ماه گزارش در بالای فرم SAR 7 خواهد بود. اگر گزارش کامل SAR 7 را تا پایان اولین روز کاری ماه بعد مهلت پایان گزارشتان تحویل ندهید، مزایای خانواده شما متوقف خواهد شد. اگر شما SAR 7 کامل شده خود را در هر زمانی در ماه بعد از مهلت تحویل SAR 7، تحویل بدهید، مزایای خانواده شما، در صورتی که هنوز واجد شرایط باشید، دوباره از تاریخ تحویل این گزارش آغاز خواهد شد.

چه چیزهایی را می بایست در گزارش نیمه سالانه (SAR 7) گزارش کنید:

1. **درآمد حاصل از کار:** تمام درآمد خالص حاصل از کار شما یا هر شخصی در خانواده شما که در ماه گزارش دریافت شده است. این شامل دستمزدها، انعام ها، پرداخت مرخصی، پاداش قرضه، سرویس های حمایتی خانگی (IHSS)، درآمد حاصل از شغل های آزاد یا از برنامه های تعلیمی، یا هر درآمد که در ازای کار شما یا خانواده تان حاصل شده است، مانند اجاره رایگان، غذا یا لباس می باشد.
2. **درآمدهای با مبنای غیر کاری و درآمدهای از کارافتادگی:** تمام درآمدهای دیگر یکه شما یا اعضای خانواده تان در ماه گزارش دریافت کرده است. که شامل حمایت فرزند/ همسر، بهره ها یا سود سهام، برنده شدن در قمار و بخت آزمایی، بیمه یا اسکان قانونی، مزایای اعتصاب، پول نقد،

برای گزارش نیمه سالانه CalFresh بدون کمک

اگر شما تنها مزایای CalFresh را دریافت می کنید، زمانی باید گزارش دهید که:

1. وقتی که درآمد خالص ماهانه خانواده شما بیشتر از آستانه گزارش درآمد (IRT) برای اندازه خانواده شماست. IRT برابر با 130% سطح فقر فدرال برای اندازه خانواده شماست. بخش IRT شما را به شما خواهد گفت.
2. هر کسی که يك دریافت کننده CalFresh بزرگسال سالم و تندرست بدون خویشاوند (ABAWD) است و تعداد ساعات کاری یا ساعات تعلیم آن ها به کمتر از 20 ساعت در هفته یا 80 ساعت در ماه افت می کند.

برای CalWORKs شما می بایست تغییرات خاصی را در زمان دیگر گزارش دهید:

در شرایط خاصی شما می بایست موارد را حتی زمانی که ماه گزارشتان نیست، (در طی ده روز) گزارش کنید، مانند:

1. هر زمان که درآمد خالص ترکیبی خانواده شما (درآمد حاصل از کار به اضافه درآمد با مبنای غیر کاری) بیشتر از آستانه گزارش درآمد (IRT) برای اندازه خانواده شماست. بخش IRT شما را به شما خواهد گفت. اگر درآمد خانواده شما تنها از مبنای غیر کاری است، تنها لازم است درآمدها را در گزارش شایستگی نیمه سالانه (SAR 7) و گزارش سالانه RD/RC گزارش کنید (SAWS 2 PLUS).
2. هرگاه یک عضو خانوار شما یک بزهکار فراری است و یا دادگاه وی را بخاطر تخلف از شرایط و مقررات آزادی مشروط یا تعلیق مجازات گناهکار می داند.
3. هر زمان که جابه جا می شوید، می بایست تغییر آدرستان را گزارش کنید تا بخش بداند SAR 7 و سایر تذکرها را به کجا بفرستد.

گزارش داوطلبانه اطلاعات برای CalWORKs و گزارش نیمه سالانه CalFresh:

شما می توانید سایر اطلاعات را به صورت داوطلبانه گزارش کنید، حتی زمانی که زمان گزارش شما نیست. گزارش داوطلبانه اطلاعات ممکن است باعث افزایش مزایای خانواده شما بشود. اگر اطلاعات گزارش شده باعث افزایش مزایای شما بشود، بخش اقدامات خود را در طی 10 پس از فراهم کردن مدارک توسط شما آغاز خواهد کرد. يك استثنا هنگامی است که افزایش مزایا از اضافه شدن يك فرد دیگر به خانواده شما منشا گرفته است. در این شرایط، بخش برای افزایش مزایای شما از اولین روز ماه بعد از زمانی که شما تاییدیه ها را فراهم کردید، آغاز خواهد کرد.

مثال هایی از گزارش های داوطلبانه ای که منجر به افزایش مزایای شما می شود، شامل موارد زیر است:

- در آمد شما کاهش می یابد یا قطع می شود.
- کسی که درآمد ندارد یا درآمد کمی دارد (شامل نوزاد تازه متولد شده) به خانواده شما وارد شود.
- کسی که درآمد دارد از خانواده شما خارج شود.
- شما باور دارید که شما یا یکی از اعضای خانواده تان واجد شرایط برای دریافت نیازهای خاص CalWORKs است، مانند نیازهای خاص بارداری، یا استفاده از يك رژیم خاص.

مثال های اضافی تنها برای CalFresh:

- یکی از اعضای خانواده، طبق دستور دادگاه شروع به پرداخت حمایت از کودکی کند که در خانواده شما زندگی نمی کند.
- یکی از اعضای خانواده 60 ساله یا مسن تر باشد.
- هرعضوی از خانواده که دارای معلولیت است یا بالای 60 سال سن دارد، به مخارج پزشکی درمانی جدیدی نیاز پیدا کند (اگر تایید شود CalFresh شما ممکن است تغییر کند).

در هر زمانی شما می توانید از بخش بخواهید که کل پرونده شما یا پرونده يك شخص خاص که خانواده را ترک کرده است و یا به کمک هزینه نیاز ندارد، را متوقف کند. شما می توانید از بخش بخواهید که مزایای خاصی را متوقف کند، مانند: Medi-Cal یا CalFresh. دریافت تنها Medi-Cal یا CalFresh در جهت خلاف محدودیت زمانی کمک هزینه شما محاسبه نمی شود.

اطلاعات اضافی برای خانواده هایی که تنها از CalFresh استفاده می کنند

اگر شما تنها مزایای CalFresh را دریافت می کنید و داوطلبانه گزارش کرده اید که کسی به خانواده شما وارد یا از آن خارج شده است، بخش بر اساس آن تغییر اقدام خواهد کرد، حتی اگر آن تغییر موجب کاهش مزایای CalFresh شما شود.

سایر تغییرات برا یگزارش نیمه سالانه:

تغییرات دیگری وجود دارند که باعث می شوند بخش مزایای شما را در طول دوره ای تغییر اتقفاق می افتد، کاهش دهد یا آن را متوقف کند. مثال هایی از این شرایط در زیر آورده شده اند:

- يك فرد بزرگسال در خانواده به محدودیت زمانی 48 ماهه CalWORKs برسد؛
- يك عضو خانواده جریمه/ تنبیه شود؛
- يك کودک به سن 18 سالگی برسد (و تا 19 سالگی از دبیرستان فارغ التحصیل نشود)؛
- کسی در خانواده شما شروع به دریافت مزایا از خانواده ای دیگر کند؛
- يك کودک واجد شرایط تحت مراقبت پرورشگاه قرار داده شود؛
- هر کسی که يك دریافت کننده CalFresh بزرگسال سالم و تندرست بدون خویشاوند (ABAWD) است و تعداد ساعات کاری یا ساعات تعلیم آن ها به کمتر از 20 ساعت در هفته یا 80 ساعت در ماه افت می کند.

گزارش تغییرات CALFRESH

برای گزارش تغییرات CalFresh شما می بایست زمانی گزارش کنید که:

1. درآمد ماهانه شما با بیش از \$50 شروع شود، متوقف شود، یا تغییر کند.
2. منبع درآمد کسی تغییر کند.
3. کسی به خانه شما وارد یا از آن خارج شود.
4. کسی به خانواده شما بپیوندد یا آن را ترک کند.
5. شما تغییر مکان بدهید یا آدرس شما عوض شود.
6. اجاره یا هزینه تسهیلات شما تنها زمانی که بروید.
7. اگر تغییر در میزان حمایت فرزندی که توسط دادگاه دستور داده شده است برای یک از اعضای خانواده برای کودک ای که خانواده دیگری زندگی می کند، وجود داشته باشد.

8. هر کسی که یک دریافت کننده CalFresh بزرگسال سالم و تندرست بدون خویشاوند (ABAWD) است و تعداد ساعات کاری یا ساعات تعلیم آن ها به کمتر از 20 ساعت در هفته یا 80 ساعت در ماه افت می کند.

9. کسی از افراد خانواده شما از قانون مخفی شده یا فرار می کند تا از پیگرد قانونی بزهکاری، توقیف یا حبس بعد از محکومیت جلوگیری کند یا توسط دادگاه تحت عفو مشروط آزاد شده است.

برای گزارش تغییرات CalFresh می بایست زمانی گزارش کنید که:

1. بیماری جسمی یا ذهنی کسی آغاز شده یا پایان می یابد.
2. وضعیت شهروندی/ مهاجرت کسی تغییر کند یا نامه ای یا کارت جدیدی از USCIS دریافت کند.
3. شما تغییراتی در هزینه های مراقبت بستگانتان دارید.
4. عضوی که معلول است یا بالای 60 سال سن دارد، تغییرات یا مخارج درمانی جدیدی دارد. اگر تایید شود، سهمیه شما مجدداً تعیین می شود.
5. هر عضو خانواده بنا به دستور دادگاه شروع به پرداخت حمایت از کودکی بکند که در خانواده شما زندگی نمی کند.

گزارش سالانه CalWORKs برای پرونده های خاص تنها فرزند (AR/CO)

اکثر پرونده های CalWORKs که تنها فرزند خانواده کمک هزینه دریافت می کند، تنها می بایست سالی یک بار گزارش بدهند، به جز در مورد تغییرات الزامی خاصی که می بایست در طی 10 روز از زمان اتفاق افتادنشان گزارش شوند. چنین پرونده هایی گزارش سالانه / تنها-فرزند (AR/CO) نامیده می شوند. اگر یک پرونده AR/CO داشته باشید، بخش به شما خواهد گفت.

پرونده های AR/CO تنها می بایست تغییرات را در RD سالانه خود گزارش کنند، به جز موارد استثنای زیر:

• هر زمان که درآمد خالص ترکیبی خانواده شما، یعنی درآمد حاصل از کار و درآمد با مبنای غیر کاری بیشتر از آستانه گزارش درآمد (IRT) برای خانواده شما باشد. بخش به صورت کتبی به شما می گوید که IRT شما چقدر است.

• هر زمانی که کسی به خانه شما وارد یا از آن خارج می شود. این مورد شامل نوزادان تازه متولد شده و و فرزندان است که به صورت فرزند خوانده به خانواده های دیگر سپرده می شوند.

• هر زمان که آدرس شما تغییر می کند.

• هرگاه یک نفر به خانوار شما اضافه می شود یا در خانوار شما هست که یک بزهکار فراری است و یا دادگاه وی را بخاطر تخلف از شرایط و مقررات آزادی مشروط یا تعلیق مجازات گناهکار می داند و قبلاً گزارش نشده است.

پرونده های CalWORKs AR/CO که CalFresh دریافت می کنند

خانواده های CalFresh که بخشی از پرونده CalWORKs AR/CO هستند، گزارش نیمه سالانه را ارائه خواهند داد. صفحات 3 و 4 این تذکر را برای مسئولیت های گزارش نیمه سالانه ببینید.

گزارش داوطلبانه اطلاعات برای پرونده های CalWORKs AR/CO و خانواده های گزارش کننده تغییرات CalFresh

شما همچنین می توانید برخی تغییرات را به صورت داوطلبانه گزارش کنید. گزارش برخی تغییرات ممکن است به بالا رفتن کمک هزینه شما کمک کند. صفحه 4 این گزارش را برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد گزارش داوطلبانه بخوانید.

اطلاعات مهم تنها در مورد کمک هزینه

والدین بیکار

اگر شما به عنوان یک والد بیکار برای کمک هزینه درخواست می دهید، نان آور اصلی (PE) می بایست:

- می بایست برای مدت 4 هفته بیکار بوده و کار نکرده باشد.
- برای هر بیمه بیکاری که واجد شرایط آن هستید، درخواست داده باشد، و پذیرفته شده باشد.
- PE والدی است که در 24 ماه گذشته بیشتر درآمد را داشته است.

کمک به بی خانمان ها

شما ممکن است برای دریافت پول برای پناهگاه موقتی، خانه دائمی یا جلوگیری از تخلیه خانه واجد شرایط باشید. این پرداختی است که یک بار در طول عمر هر شخص انجام می شود، مگر این که جزء استثناها باشید. اگر شما یک بار این کمک هزینه را دریافت کرده اید و دوباره به آن نیاز دارید، کارگزار شما به شما خواهد گفت که واجد شرایط هستید یا خیر.

واکسیناسیون

شما می بایست هنگامی از طرف کانتی درخواست می شود، مدارک زیر را فراهم کنید:

- کودکان زیر 6 سال، واکسیناسیون مناسب سن شان را دریافت کرده اند. (بخش های 40-105.4; 40-105.5 (MPP)).

حداکثر پرداخت کمک هزینه (MAP)

دو سطح از حداکثر پرداخت کمک هزینه (MAP) وجود دارد. بیشتر خانواده هایی که کمک هزینه دریافت می کنند، سطح پایین تر MAP را دریافت می کنند. خانواده ها ممکن است مقدار بیشتر MAP را دریافت کنند اگر هر والد یا سرپرست در واحد کمک (AU):

- معلول است و پرداخت های تکمیلی ایالتی/درآمد امنیت تکمیلی (SSI/SSP)، یا یا خدمات حمایتی خانگی (IHSS)، یا بیمه از کار افتادگی ایالتی (SDI)، یا غرامت موقت کارگران (TWC)، یا غرامت ازکارافتادگی موقت (TDI) را دریافت می کند
- از یک کودک دارای کمک هزینه نگهداری می کند که فرزند آن ها نیست و سرپرست کمک هزینه نقدی دریافت نمی کند.
- همچنین واجد شرایط برای MAP بالاتر:
- خانواده ای کمک هزینه نقدی پناهندگی (RCA) دریافت می کند، در صورتی که هر فرد بالغ استثنا محسوب شود.

قانون حدکنر کمک هزینه خانواده (MFG)

قانون MFG در مورد کودکان متولد شده بعد از 31 آگوست 1997 صدق می کند. قانون MFG می گوید که برای شامل شدن یک کودک در کمک هزینه های شما، اگر خانواده شما کمک هزینه را به مدت 10 متوالی قبل از تولد کودک، استفاده کرده باشد، کمک هزینه بالا نمی رود. وضعیت هایی نیز وجود دارند که این قانون اعمال نمی شود. کارگزار شما یک کپی از قانون MFG به شما می دهد و به سوالات شما پاسخ می گوید. سپس شما یک کپی امضا می کنید که می گوید شما قوانین را درک کرده اید.

تایید حقایق

اگر در طول یک سال از متوقف شدن کمک هزینه دوباره برای آن درخواست بدهید، بخش می بایست پرونده قبلی شما را بررسی کند تا ببیند آیا پرونده مدارک لازم برای تعیین شایستگی شما دارد، هنگامی که:

- شما نمی توانید مدارک را به دست بیاورید، یا
- یا برای دست یافتن به مدرک می بایست هزینه بپردازید، یا
- پردازش پرونده شما به تاخیر خواهد افتاد به این دلیل که برای شما زمان زیادی صرف خواهد شد تا مدرک را به دست بیاورید.

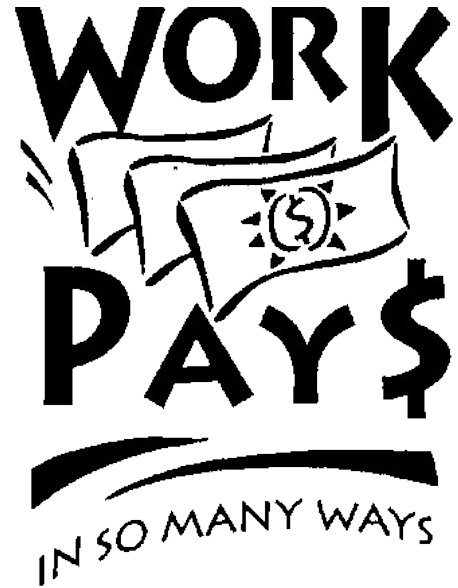
اگر در طول یک سال از متوقف شدن کمک هزینه دوباره برای آن درخواست بدهید، و بخش مدارکی را که شما نیاز دارید نداشته باشد، آن گاه شما می بایست مدارک را فراهم کنید.

اگر شما تغییرات جدیدی از زمان آخرین دریافت کمک هزینه داشته باشید، بخش به مدارک جدیدی نیاز خواهد داشت.

حضور در مدرسه

تمام کودکان در سن بین شش و 18 سال که کمک دریافت می کنند باید به مدرسه بروند.

اگر فرزند شما بین 16 تا 18 سال سن دارد و بطور مرتب مدرسه نمی رود، اگر دلیل موجهی نداشته باشد، ممکن است تا زمانی که مدرسه رفتن را آغاز نکرده یا شرایط و معافیت را نداشته باشد کمک هزینه شما کاهش داده شود.



شما می توانید کار کنید و کمک هزینه را نیز دریافت کنید:

✓ در بیشتر موارد، هنگامی که شما کار می کنید، درآمد خالص شما (درآمد شما قبل از کاهش ها) به صورت دلار به دلار از پرداخت کمک هزینه شما کم نمی شوند. شما ممکن است برای کاهش های مربوط به کار واجد شرایط باشید. هنگامی که این را اضافه کنید، \$\$\$\$ برای خانوادتان خواهید داشت.

✓ هنگامی که تعلیم در حین کار (OJT) بر مبنی کمک هزینه داشته باشید، همه یا بخشی از پرداخت کمک هزینه شما توسط کارفرمایان مصرف می شود تا با آن حقوق شما را پردازد. شما کاهش های مربوط به کار را برای حقوق های OJT (در حال کارآموزی) مبتنی بر کمک هزینه دریافت نمی کنید.

✓ در هر صورت شما ممکن است برای هزینه های مراقبت از کودک که به کارفرمای شما پرداخت می شود، واجد شرایط باشید.

صفحه 8 را در مورد کار و قوانین آموزش، انگیزه های کار، شامل برنامه های مراقبت از کودکان ببینید. از کارگزار خود بخواهد حقایق بیشتری در مورد برنامه کاری که به عنوان اولین مرحله برای خود کفایی دریافت کنندگان کمک هزینه عمل می کند و به آن ها اجازه می دهد بیشتر درآمد حاصل از کار خود را نگاه دارند و این که OJT مبتنی بر کمک هزینه چگونه به شما کمک خواهد کرد، در اختیار شما بگذارد.

مزایای **Work Pays** (برنامه کاری که به عنوان اولین مرحله برای خود کفایی دریافت کنندگان کمک هزینه عمل می کند و به آن ها اجازه می دهد بیشتر درآمد حاصل از کار خود را نگاه دارند):

- به شما \$\$\$\$ می دهد تا به شما کمک کند از خانواده خود حمایت کنید.
- زندگی بهتری برای خود و خانواده تان بسازید
- مهارت های کاری را بهبود می بخشد
- عزت نفس را بالا می برد
- به شما احساس رضایتمندی از خود می دهد

به یاد داشته باشید که شما می توانید کار کنید و همزمان کمک هزینه را تا زمانی که واجد شرایط هستید و قوانین گزارش کردن را رعایت می کنید، دریافت کنید.

اگر شما تنها CalFresh دریافت می کنید و کودک خردسال ندارید قوانین کاری دیگری وجود دارد که می بایست آن ها را برآورده سازید. اگر سن شما کمتر از 18 یا بالاتر از 49 است، یا بخشی از خانواده CalFresh هستید که کودک خردسال دارند، لازم نیست این قوانین را اجرا کنید. شما ممکن است به دلایل دیگری نیز معاف شوید که کارگزار بخش شما می تواند برایتان توضیح دهد. قوانین کاری می گویند که اگر شما یک بزرگسال سالم و تندرست هستید، می بایست حداقل هفته ای 20 ساعت، یا 80 ساعت در ماه در یک حرفه با حقوق کار کنید، در یک پروژه مدل جایگزینی برای سیستم های رفاه اجتماعی معمولی برای تعداد ساعات لازم کار کنید، یا در یک فعالیت تعلیمی تأیید شده حداقل 20 ساعت در هفته یا 80 ساعت در ماه کار کنید. اگر در طول یک دوره 36 ماهه، سه ماه وجود داشته باشد که شما در آن قوانین کاری را رعایت نکرده باشید، مزایای CalFresh متوقف می شوند. اگر شما برای بار دوم پیروی کردن از قوانین کار را به دلایلی همچون تسلیم شدن، متوقف کنید، شما ممکن است بتوانید مزایای CalFresh را به مدت سه ماه متوالی بدون اجرا کردن قوانین پس بگیرید. پس از آن تنها زمانی می توانید از مزایای CalFresh استفاده کنید که قوانین کار را اجرا کنید، یا معاف شوید.

نادیده گرفتن درآمد CalWORKs

مقدار کل کمک هزینه ای که شما دریافت می کنید بر اساس اندازه خانواده شما و هرگونه درآمد دیگری است که شما ممکن است داشته باشید. قانون اجازه می دهد که برخی از درآمدهای شما نادیده گرفته شوند، هنگامی که مقدار کل کمک هزینه ای که شما دریافت خواهید کرد محاسبه شده است.

- اگر خانواده شما در هر ماه بیش از \$225 درآمد معلولیت (DI) دریافت می کند، تنها اولین \$225 نادیده گرفته خواهد شد.
- اگر خانواده شما در یک ماه \$225 یا کمتر DI دریافت می کند، هیچ قسمتی از آن جزء درآمد محسوب نمی شود و اگر همچنین درآمد حاصل از کار (EI) دارد، هر مقدار باقی مانده ای از \$225 نادیده گرفته می شود و به عنوان درآمد محسوب نمی شود.
- به علاوه 50 درصد هر گونه EI دیگری نادیده گرفته می شود.
- باقی مانده درآمد قابل شمارش شماس و مقداری است که برای محاسبه کمک هزینه شما در نظر گرفته می شود.

رفتار با مشاغل آزاد

اگر شما دارای شغل آزاد هستید این انتخاب را خواهید داشت که مخارج تجارت شما بر اساس 40 درصد درآمد خالص یا استفاده از مخارج اصلی تجارت محاسبه شود. هنگامی که روش محاسبه برآیند درآمد شغل-آزاد خود را یاد گرفتید، می توانید این روش محاسبه مخارج را تنها در تایید دوباره تان در هر شش ماه که زودتر اتفاق می افتد، تغییر بدهید.

برنامه مراقبت از کودک CalWORKs

مزایای مراقبت از کودک برای دریافت کنندگانی که نیاز به مراقبت از کودک دارند تا بتوانند کار کنند یا در فعالیت های welfare-to-work مانند حضور در برنامه های آموزشی یا تعلیمی وابسته به کار بخش شرکت کنند، فراهم است.

مراقبت از کودک دپارتمان آموزش کالیفرنیا (CDE)

مزایای مراقبت از کودک همچنین از طریق CDE فراهم می شوند. برای اطلاعات بیشتر با آژانس منابع و ارجاع محلی خود تماس بگیرید.

Medi-Cal انتقالی (TMC)

اگر به دلیل کار کردن کمک هزینه دریافت نمی کنید، می توانید Medi-Cal را برای تا 12 ماه دریافت کنید. خانواده شما می بایست کمک هزینه را برای حداقل سه ماه از شش ماه آخر دریافت کرده باشد. برای گرفتن بیش از شش ماه TMC درآمد شما می بایست کمتر از محدودیت های خاصی باشد و شما می بایست قوانین گزارش کردن TMC را رعایت کنید.

کارگزارتان به شما خواهد گفت که چه قوانین کاری برای کمک هزینه و یا CalFresh را قبل و بعد از این که درخواست شما تأیید شود، لازم است رعایت کنید. ممکن است لازم باشد تا در کار، یا فعالیت های آموزشی یا تعلیمی شرکت کنید تا بتوانید همچنان کمک هزینه، یا هر دو را دریافت کنید. بیشتر از یک عضو خانواده می تواند برای پیروی از قوانین کاری کمک هزینه و یا CalFresh لازم باشد. اگر یک نفر از اعضای خانواده به خاطر پیروی نکردن از قوانین کار یا تعلیم سلب صلاحیت شود، دیگر اعضای خانواده می توانند هنوز کمک هزینه و یا CalFresh را تا زمانی که واجد شرایط هستند، دریافت کنند. اما ممکن است مقدار کمک هزینه و یا CalFresh که دریافت می کنند، تغییر کند.

قوانین کار کمک هزینه

اگر شما مزایای کمک هزینه و CalFresh را دریافت می کنید و یا تنها کمک هزینه دریافت می کنید، ممکن است لازم باشد در فعالیت های Welfare-to-Work (انتقال از حالت دریافت کمک نقدی به اشتغال) شرکت کنید، تا بتوانید همچنان مزایای کمک هزینه و CalFresh خود را دریافت کنید. بخش به شما خواهد گفت که چند ساعت در هفته می بایست در این فعالیت ها شرکت کنید، یا در صورتی که از این فعالیت ها معاف باشید به شما خواهد گفت. Welfare-to-Work شامل فعالیت های زیر است، اما به آن ها محدود نمی شود: کار با کمک هزینه یا بدون کمک هزینه، تجربه کاری، خدمات اجتماعی، آموزش پایه بزرگسالان، آموزش شغلی، جستجو برای شغل. کار با کمک هزینه به این معناست که بخش یا منابع کمک هزینه ای دیگر به کارفرمای شما پول می دهند تا بخشی از حقوق شما را بپردازد.

قوانین کاری کمک هزینه همچنین می گویند که شما می بایست:

- یک طرح Welfare-to-Work را امضا کنید؛
- یک شغل مناسب را که به شما پیشنهاد می شود، بپذیرید؛
- کار را ترک نکنید و درآمد خود را کاهش ندهید.

جریمه عمل نکردن به قوانین کاری کمک هزینه

هر زمان که به قوانین کاری کمک هزینه عمل نکنید و دلیل خوبی برای این کار نداشته باشید، کمک هزینه شما تا زمانی که کاری که از شما خواسته شده را انجام ندهید، متوقف می شود. بعد از این که کمک هزینه کاهش یافت یا متوقف شد، تنها زمانی می توانید آن را پس بگیرید که بر طبق قوانین کاری عمل کنید، یا این که معاف شوید. اگر کمک هزینه شما متوقف شود، ممکن است مزایای CalFresh شما نیز کاهش یابد یا متوقف شود.

قوانین کاری CalFresh برای کسانی که کمک هزینه را دریافت نمی کنند

اگر تنها مزایای CalFresh را دریافت می کنید، ممکن است لازم باشد در فعالیت های اشتغال و آموزش خاصی شرکت کنید تا بتوانید همچنان مزایای CalFresh را دریافت کنید. این فعالیت ها شامل جستجو برای کار، یک سیستم رفاه که نیازمند حضور کسانی که کمک هزینه دریافت می کنند در فعالیت های کار و تعلیمی است، آموزش پایه بزرگسالان و تعلیم های شغلی. بخش به شما خواهد گفت که چند ساعت در هفته می بایست در این فعالیت ها شرکت کنید، یا در صورتی که از این فعالیت ها معاف باشید به شما خواهد گفت.

قوانین کاری CalFresh همچنین می گویند که شما باید:

- به سوالاتی در مورد تجربه کاری و توانایی کارتان پاسخ بگویید؛
- از بین کاری های احتمالی که ما به شما پیشنهاد می دهیم یک کار را انتخاب کنید؛
- کار را ترک نکنید و ساعت کاری خود را به کمتر از 30 ساعت در هفته کاهش ندهید.

جریمه برای CalFresh

اگر از قوانین کاری CalFresh پیروی نکنید و دلیل خوبی برای این کار نداشته باشید، مزایای CalFresh شما برای یک، سه یا شش ماه، بسته به تعداد دفعاتی که شما از قانون سرپیچی می کنید، رد یا متوقف خواهد شد. پس از این که مزایای CalFresh شما متوقف شد، تنها زمانی می توانید آن ها را پس بگیرید که جریمه شما تمام شود یا شما معاف شوید.

اطلاعات مهم دیگر

خانواده هایی که کمک هزینه و CALFRESH را به صورت نیمه سالانه گزارش می کنند قوانین بودجه گذاری

مقدار مزایای کمک هزینه یا CalFresh که دریافت می کنید، به درآمد و مخارج مجازتان بستگی دارد. شما یک فرم گزارش نیمه سالانه شایستگی (SAR 7) دریافت خواهید کرد تا آن را شش ماه بعد از درخواستتان و بعد از هر تایید دوباره/ تعیین دوباره (RD/RC) سالیانه پر کنید. در SAR 7 شما می بایست گزارش کنید که در ماه گزارش چه درآمدها و مخارجی داشته اید، و در شش ماه آینده چه تغییراتی خواهید داشت. ماه گزارش در بالای فرم SAR 7 خواهد بود. درآمد و مخارجی که در ماه گزارش دارید و هر گونه تغییرات شناخته شده، برای محاسبه مقدار مزایای کمک هزینه و یا CalFresh شما در آن شش ماه استفاده خواهد شد. اطلاعاتی که شما در SAR 7 در مورد ماه گزارش ارائه می دهید، اگر انتظار تغییرات خاصی را نداشته باشید، برای شش ماه آینده نیز استفاده خواهد شد.

به عنوان مثال اگر شما یک SAR 7 را در ماه مارس تحویل بدهید، شما در ماه فوریه گزارش خواهید کرد که چه درآمدهایی داشته اید. شما همچنین هر درآمدی در ماه های آوریل، می، جون، جولای، آگوست و سپتامبر را گزارش خواهید کرد. اگر درآمد فوریه مشابه باقی بماند، مزایای کمک هزینه و یا CalFresh شما برای آوریل، می، جولای، آگوست و سپتامبر با استفاده از آن مقدار درآمد و مخارج مشابه برای هر یک از آن ماه ها محاسبه خواهد شد. اگر درآمد و مخارج شما تغییر خواهند کرد، کارگزار شما از درآمد جدید شما در آن ماه ها برای محاسبه مقدار مزایای کمک هزینه و یا CalFresh شما در هر ماه از گزارش نیمه سالانه استفاده خواهد کرد. این روش بودجه گذاری مربوط به آینده نامیده می شود.

پرونده های گزارش سالانه (AR کمک هزینه) و خانواده های گزارش کننده تغییرات CALFRESH با پرونده های AR پرونده قوانین بودجه گذاری

خانواده هایی که به صورت سالانه (AR) گزارش می دهند نیز از روش بودجه گذاری مربوط به آینده استفاده خواهند کرد، مگر اینکه یک گزارش منظم در یک فرم مانند SAR برای خانواده های SAR 7 داشته باشند. خانواده های AR در فرم های سالانه RD/RC خود، هر گونه درآمد، مخارج و دارایی و تغییراتی را که مطمئن هستند در 12 ماه آینده رخ خواهد داد را گزارش می کنند. اطلاعاتی که شما ارائه می کنید برای محاسبه مقدار کمک هزینه و یا CalFresh شما در 12 ماه آینده استفاده می شود. برخی موارد وجود دارند که شما می بایست در طی 10 روز از زمان وقوع آن ها را گزارش کنید. قوانین گزارش اجباری برای پرونده های AR و خانواده های گزارش کننده تغییرات CalFresh با پرونده AR در صفحه 5 این فرم آورده شده اند.

محدودیت های دارایی: CalWORKs

یک محدودیت \$2,250 برای ارزش دارایی ها (مانند حساب های بانکی، سهام و غیره) که خانواده شما می تواند داشته باشد تا برای دریافت مزایای CalWORKs واجد شرایط باشد، وجود دارد. اگر کسی در خانواده شما حداقل 60 سال دارد، یا معلولیت دارد این مقدار \$3,250 می باشد. مسکن و وسائل خانه شما جز این محدودیت محسوب نمی شوند. شما می توانید یک وسیله نقلیه (مانند ماشین، وانت، ون، موتورسیکلت و غیره) داشته باشید تا زمانی که ارزش آن منهای بدهی شما کمتر از \$9,500 باشد. اگر بعنوان یک هدیه، کمک به شما داده شده است یا یک عضو خانواده آنرا به شما منتقل کرده باشد، در نظر گرفته نمی شود. کانتی از شما خواهد خواست تا مدارکی از سازمان امور وسائل نقلیه ارائه کنید که نشان دهد بعنوان یک هدیه، کمک به شما داده شده یا یک عضو خانواده آنرا به شما منتقل کرده است. اگر خانواده شما از وسیله نقلیه برای مقاصد خاصی استفاده کنند، در نظر گرفته نخواهد شد. از کارشناس خود درباره این دلایل و مقاصد سؤال کنید. کارشناس شما می تواند در خصوص تعیین ارزش هر وسیله نقلیه ای به شما کمک کند.

CalFresh

برای دریافت کنندگانی که هم کمک هزینه و هم CalFresh را دریافت می کنند، محدودیت های دارایی CalWORKs (بالا) اعمال می شود. اگر تنها مزایای CalFresh را دریافت می کنید، محدودیت دارایی برای خانواده ای که عضو مسن یا معلول ندارد، \$2,250 است. محدودیت دارایی برای خانواده ای که حداقل یک عضو بالای 60 سال یا معلول دارد، برابر با \$3,250 می باشد.

این محدودیت دارایی در صورتی که درآمد خالص خانواده شما بیشتر از آستانه گزارش درآمد CalFresh IRT (برای سبب خانواده شما نباشد، اعمال نمی شود). CalFresh IRT برابر با 130 درصد سطح فقر فدرال برای اندازه خانواده شما می باشد. بخش مقدار IRT خانواده شما را خواهد گفت.

تنها کمک هزینه محدودیت زمانی 48 ماهه

از 1 جولای 2011 یک والد یا سرپرست خویشاوند که هنگامی که کمک هزینه را برای مدت 48 ماه دریافت کرده باشد، دیگر برای دریافت کمک هزینه واجد شرایط نخواهد بود. هر کمک هزینه ای که از CalWORKs و یا TANF کمک هزینه مربوط به سرخپوستان آمریکایی با هر حساب ایالتی به مدت 48 ماه دریافت شده باشد. تنها کمک هزینه دریافت شده بعد از 1 ژانویه 1998 برای قانون محدودیت 48 ماهه محاسبه می شود. برای این محدودیت زمانی استثناهایی وجود دارد و این محدودیت برای کودکان اعمال نمی شود.

انتقال مزایای الکترونیکی / منابع (EBT)

هر باقی مانده ای در حساب EBT در پایان ماه به عنوان منبع در دسترس محسوب می شود و می تواند از خانواده شما برای کمک هزینه سلب صلاحیت کند، اگر مزایای قابل شمارش کلی شما، بیش از محدودیت مجاز منابع باشد.

قانون انتقال دارایی ها

دریافت کنندگانی می توانند دارایی های خود را بفروشند، مبادله کنند یا آن را با چیزهای دیگری تعویض کنند، اگر ارزش بازاری منصفانه (دارایی) را دریافت کنند. اگر قیمت منصفانه دارایی خود را دریافت نکنند، خانواده برای یک دوره زمانی سلب صلاحیت خواهد شد. دوره سلب صلاحیت با کم کردن مقدار دریافت شده از ارزش منصفانه دارایی و سپس تقسیم بر مقدار نیاز استاندارد برای خانواده محاسبه می شود. این مقدار به صورت کاهشی گرد می شود تا به عدد صحیحی کوچکتر برسد.

تنها CALFRESH

مستمری تسهیلات (آب و برق و غیره)

اگر مخارج گرمایش و سرمایش داشته باشید، کاهش مستمری تسهیلات استاندارد (SUA) به شما تعلق می گیرد. اگر شما مخارج تسهیلات دیگری به جز گرمایش و سرمایش داشته باشید، مانند آب، فاضلاب و زباله، به شما یک کاهش مستمری تسهیلات محدود (LUA) تعلق می گیرد. اگر تنها هزینه تلفن داشته باشید، به شما مستمری تسهیلات تلفن (TUA) تعلق می گیرد. SUA، LUA و TUA برای کاهش درآمد شما استفاده می شوند که به شما کمک می کند مزایای بیشتری دریافت کنید.

تنها 34 MEDI-CAL/ بخش CMSP

خرج کردن وسایل اضافی

- اگر شما تنها برای Medi-Cal/34 بخش CMSP درخواست داده اید یا آن را دریافت می کنید، و دارایی شما نسبت به آن چه قانون اجازه می دهد بیشتر است، شما می توانید با خرج کردن آن در آخرین روز ماه، شامل ماه درخواست آن را پایین بیاورید. برای Medi-Cal شما می توانید دارایی اضافی تان را به هر روشی که دوست دارید، پایین بیاورید. اما اگر دارایی به کمتر از ارزش واقعی آن بفروشید یا آن را ببخشید، و برای تسهیلات پرستاری Medi-Cal در 30 ماه درخواست داده باشید یا آن را دریافت کنید، برای تسهیلات پرستاری و مراقبت برای یک دوره زمانی واجد شرایط نخواهید بود.
- اگر دارایی به کمتر از ارزش واقعی آن بفروشید یا آن را ببخشید، برای 34 بخش CMSP واجد شرایط نخواهید بود.

منابع و دارایی

- تمام مزایای Medi-Cal دریافت شده بعد از سن 55 می توانند از مورث فرد دریافت کننده باز پس گرفته شوند. با این حال مبلغی که پس گرفته می شود بیش از میزان دارایی نخواهد بود. اگر همسر فرد دریافت کننده زنده باشد، استرداد مبلغ صورت نخواهد گرفت. اگر مورث برای یک کودک خردسال یا یک کودک بزرگسال معلول به ارث گذاشته شده باشد، ایالت مبلغ را بازپس نخواهد گرفت. به علاوه اگر این باز پس گیری باعث ایجاد سختی برای سایر افراد خانواده شود، و این سختی قابل توصیف باشد، از بازپس گیری به صورت جزئی یا کلی صرف نظر خواهد شد.
- اگر شما در بیمارستان بستری شده اید و خانه یا خانه قبلی شما، آزاد نشده است، ایالت ممکن است یک حق حبس برای دارایی شما ثبت کند، تا هزینه مراقبت های درمانی پرداخته شده توسط Medi-Cal باز پرداخته شود.

خدمات در دسترس

برنامه غذایی تکمیلی زنان، نوزادان و کودکان (WIC): برنامه WIC تنها مربوط به زنان باردار و زنانی که به نوزاد خود شیر می دهند، نوزادان و کودکان زیر 5 سال که در معرض خطر تغذیه ای-پزشکی قرار دارند. با اطلاعات بیشتر در مورد WIC با دپارتمان سلامت بخش خود، یا شماره تلفن WIC در دفترچه تلفن تماس بگیرید.

ثبت نام رای دهنده: اگر می خواهید برای رای دادن ثبت نام کنید، از کارگزار خود بخواهید که برایتان یک فرم ثبت نام بفرستد. اگر برای پر کردن آن به کمک نیاز دارید، از کارگزار خود کمک بخواهید. شما می توانید خودتان این فرم را پست کنید. ثبت نام کردن برای رای دادن واجد شرایط بودن شما را تحت تاثیر قرار نخواهد داد. کارگزار شما به شما نمی گوید چگونه رای بدهید.

هشدارهای مجازات

مجازات های لغو صلاحیت برای Cash Aid و CalFresh

مجازات های لغو صلاحیت بعد از اینکه در رسیدگی ایالتی یا دادگاه قانونی تشخیص داده شد که شخص مرتکب نقض عمدی مقررات برنامه (IPV، Intentional Program Violation) شده است آغاز می کردند. هر شخصی که متهم به ارتکاب IPV شده باشد می تواند با امضای یک توافقنامه اداری موافقت با لغو صلاحیت و یا یک معافیت از رسیدگی لغو صلاحیت، با لغو صلاحیت خود موافقت نماید. هر شخص که یکی از این اسناد را امضاء نماید از حقوق رسیدگی خود صرفنظر کرده و مسئولیت بازپرداخت هرگونه Cash Aid اضافی و/یا CalFresh اضافه صادر شده را می پذیرد.

قوانین و مجازات های برنامه

من می دانم که آگاهم که اگر برای دریافت مزایا (CalFresh، Cash Aid و Medi-Cal) که واجد شرایط دریافت آنها نیستم، یا کمک به یک شخص برای دریافت مزایایی که واجد شرایط آنها نیست اطلاعات نادرست یا غلط بدهم، یا عمداً تمام اطلاعات را ارائه نکنم، یا اگر از مزایای خود سوءاستفاده کنم (قاچاق نام دارد) مرتکب نقض عمدی مقررات برنامه شده ام. اگر این کار را عمداً و آگاهانه انجام دهم و بیش از \$950 مزایا دریافت کنم که واجد شرایط آنها نبوده ام، ممکن است منم به جرم قضائی گردم.

علاوه بر این، من می دانم و آگاهم که باید تمام مزایایی را که واجد شرایط آنها نبوده ام و مزایایی که از آنها سوءاستفاده کرده ام را پس بدهم.

مجازات ها	نقض مقررات برنامه
<p>ممکن است مزایای CalFresh خود را از دست بدهم:</p> <ul style="list-style-type: none"> یک سال در نخستین بار تخلف، دو سال یا برای همیشه در دومین بار تخلف تا سقف \$250,000 جریمه، تا 20 سال زندان (رفتن به زندان/بازداشتگاه) یا هر دو 	<p>برای CalFresh: من می دانم و آگاهم که در صورت انجام هریک از کارهای زیر مرتکب نقض عمدی مقررات برنامه شده ام:</p> <ul style="list-style-type: none"> استفاده از کارت های انتقال الکترونیکی مزایا (EBT) متعلق به دیگران یا اجازه استفاده از کارت خود را به دیگران دادن دادن اطلاعات نادرست درباره خود و مکان زندگی خود تلاش برای دریافت دوباره مزایا، بعنوان مثال، اقدام کردن همزمان در دو یا چند کانتی یا ایالت مختلف ارسال مدارک جعلی برای کودکان یا بزرگسالان عضو خانوار که واجد شرایط نبوده یا وجود خارجی ندارند نقض شرایط و مقررات تعلیق مجازات یا آزادی مشروط فرار از قانون بعد از محکومیت قضائی معامله، خرید، فروش، دزدیدن یا دادن مزایای CalFresh، یا کارت های EBT به دیگران، یا تلاش برای معامله، خرید، فروش، دزدیدن یا دادن مزایای CalFresh، یا کارت های EBT خود به دیگران معامله مزایای CalFresh، یا تلاش برای معامله مزایای CalFresh با: پول؛ سلاح گرم؛ کالاهای فاقد شرایط، توتون و تنباکو، مواد منفجره، مهمات، مواد کنترل شده نظیر مواد مخدر یا مشروبات الکلی خرید هر محصولی با مزایای CalFresh که دارای ودیعه برگرداندن است، دور انداختن آگاهانه (عمدی) محتویات و پس آوردن ظرف برای گرفتن ودیعه، یا تلاش برای پس آوردن ظرف برای گرفتن ودیعه خرید یک محصول با مزایای CalFresh و فروختن عمدی آن در ازای پول و یا هر چیز دیگر بغیر از مواد غذایی واجد شرایط
<p>ممکن است مزایای Cash Aid خود را از دست بدهم:</p> <ul style="list-style-type: none"> برای شش ماه، یک سال، دو سال، چهار سال، پنج سال یا برای همیشه و تا سقف \$10,000 جریمه و تا پنج سال زندان/بازداشتگاه 	<p>برای Cash Aid: من می دانم و آگاهم که در صورت انجام هریک از کارهای زیر مرتکب نقض عمدی مقررات برنامه شده و ممکن است مزایای خود را از دست بدهم:</p> <ul style="list-style-type: none"> دادن اطلاعات نادرست درباره خود و مکان زندگی خود تلاش برای دریافت دوباره مزایا، بعنوان مثال، اقدام کردن همزمان در دو یا چند کانتی یا ایالت مختلف ارسال مدارک جعلی برای کودکان یا بزرگسالان عضو خانوار که واجد شرایط نبوده یا وجود خارجی ندارند نقض شرایط و مقررات تعلیق مجازات یا آزادی مشروط فرار از قانون بعد از محکومیت قضائی

ELIGIBILITY WORKER'S CERTIFICATION

دریافت کننده

I certify that the applicant/recipient appears to understand:

- his/her rights and responsibilities and
- the penalties for giving incomplete or wrong facts, or for failing to report facts or situations that may affect his/her eligibility or benefit level for cash aid or CalFresh, and/or share of cost for Medi-Cal/34-County CMSP

I also certify that the applicant/recipient was given a copy of:

- The Rights, Responsibilities, and Other Important Information (SAWS 2A SAR)

- For cash aid:
 - Welfare to Work Informing Notice (WTW 5)

- For Medi-Cal/34-County CMSP: the MC 219/CMSP 219 and that its contents were explained to him/her.

- بنده درک مینمایم که یکی از مقاصد اصلی دریافت کمک هزینه، کمک جهت فراهم کردن نیازهای اساسی خانواده شامل مسکن، غذا و تهیه لباس است.

- بنده حقوق و مسئولیت های خود را درک نموده و با اجرا کردن مسئولیت هایم موافقت می نمایم.

- من از مجازات دادن اطلاعات نادرست و ناکامل، و یا عدم گزارش حقایق و موقعیت هایی که ممکن است شایستگی و سطح مزایای من را برای دریافت کمک هزینه یا CalFresh و همچنین سهم هزینه های Medi-Cal/34 ناحیه CMSP را تحت تأثیر قرار دهد آگاه هستم.

- بنده تضمین مینمایم که یک عدد کپی از حقوق، مسئولیت ها و سایر اطلاعات مهم (SAWS 2A) دریافت نموده ام.

- من تضمین مینمایم که برای کمک هزینه درخواست داده و آن را دریافت نموده ام، بنده یک عدد کپی از موارد زیر را تهیه نموده ام:
 - امکانات Welfare to Work یادداشت های اطلاع رسانی (WTW 5)

(حروف اول نام و نام فامیلی متقاضی/درخواست کننده)

- بنده همچنین تضمین مینمایم که من برای Medi-Cal/34 ناحیه CMSP درخواست کرده و یک عدد کپی از MC 219 /CMSP 219 دریافت نموده و محتوای آن به بنده توضیح داده شده است.

امضا (والد یا خویشاوند سرپرست، عضو خانواده CalFresh یا نماینده مجاز، Medi-Cal/34-County CMSP متقاضی / ذینفع کار می کند)

تاریخ

امضا (والد دیگر که در خانه زندگی می کند، شریک ثبت شده خانواده)

تاریخ

شاهد، اگر با "X" امضا کرده اید

امضای کارگزار صلاحیت

تاریخ

شماره کارگزار صلاحیت

ELIGIBILITY WORKER'S CERTIFICATION

دریافت کننده

I certify that the applicant/recipient appears to understand:

- his/her rights and responsibilities and
- the penalties for giving incomplete or wrong facts, or for failing to report facts or situations that may affect his/her eligibility or benefit level for cash aid or CalFresh, and/or share of cost for Medi-Cal/34-County CMSP

I also certify that the applicant/recipient was given a copy of:

- The Rights, Responsibilities, and Other Important Information (SAWS 2A SAR)

- For cash aid:
 - Welfare to Work Informing Notice (WTW 5)

- For Medi-Cal/34-County CMSP: the MC 219/CMSP 219 and that its contents were explained to him/her.

- بنده درک مینمایم که یکی از مقاصد اصلی دریافت کمک هزینه، کمک جهت فراهم کردن نیازهای اساسی خانواده شامل مسکن، غذا و تهیه لباس است.

- بنده حقوق و مسئولیت های خود را درک نموده و با اجرا کردن مسئولیت هایم موافقت می نمایم.

- من از مجازات دادن اطلاعات نادرست و ناکامل، و یا عدم گزارش حقایق و موقعیت هایی که ممکن است شایستگی و سطح مزایای من را برای دریافت کمک هزینه یا CalFresh و همچنین سهم هزینه های Medi-Cal/34 ناحیه CMSP را تحت تأثیر قرار دهد آگاه هستم.

- بنده تضمین مینمایم که یک عدد کپی از حقوق، مسئولیت ها و سایر اطلاعات مهم (SAWS 2A) دریافت نموده ام.

- من تضمین مینمایم که برای کمک هزینه درخواست داده و آن را دریافت نموده ام، بنده یک عدد کپی از موارد زیر را تهیه نموده ام:
 - امکانات Welfare to Work یادداشت های اطلاع رسانی (WTW 5)

(حروف اول نام و نام فامیلی متقاضی/درخواست کننده)

- بنده همچنین تضمین مینمایم که من برای Medi-Cal/34 ناحیه CMSP درخواست کرده و یک عدد کپی از MC 219 /CMSP 219 دریافت نموده و محتوای آن به بنده توضیح داده شده است.

امضا (والد یا خویشاوند سرپرست، عضو خانواده CalFresh یا نماینده مجاز، Medi-Cal/34-County CMSP متقاضی / ذینفع کار می کند)

تاریخ

امضا (والد دیگر که در خانه زندگی می کند، شریک ثبت شده خانواده)

تاریخ

شاهد، اگر با "X" امضا کرده اید

امضای کارگزار صلاحیت

تاریخ

شماره کارگزار صلاحیت