

कार्रवाई का नोटिस (जारी है)

कम भुगतान (अंडरपेमेंट) की राशि जो बकाया है
(6-1-2020 से 5-31-2021 तक के बीच)

काउंटी _____
नोटिस की तिथि : _____
केस का नाम : _____
केस नंबर : _____
कर्मचारी का नाम : _____
कर्मचारी का नंबर : _____

कम भुगतान का महीना और साल अनुभाग A. गणना योग्य आमदनी, महीना _____

1. स्व-रोज़गार से आमदनी	\$			
2. स्व-रोज़गार से व्यय:				
a. 40% मानक	-			
या				
b. वास्तविक	-			
3. स्व-रोज़गार से कुल शुद्ध आमदनी	=			
4. कुल विकलांगता आधारित न कमाई गई आमदनी (DBI) (सहायता यूनिट + गैर-सहायता यूनिट सदस्य)	\$			
5. DBI जिसकी गणना न की जाए \$500 (यदि #4 \$500 से अधिक है)	-			
6. गैर-छूट वाली न कमाई गई विकलांगता-आधारित आमदनी या	=			
7. अप्रयुक्त DBI जिसकी गणना न की जाए	=			
8. स्व-रोज़गार से कुल शुद्ध आमदनी (ऊपर से)	+			
9. कुल अन्य अर्जित आमदनी	+			
10. \$500 की अप्रयुक्त राशि (#7 से)	-			
11. कुल योग	=			
12. अर्जित आमदनी जिसकी गणना न की जाए 50%	-			
13. कुल योग	=			
14. गैर-छूट वाली न कमाई गई विकलांगता-आधारित आमदनी (#6 से)	+			
15. कुल योग	=			
16. अन्य गैर छूट प्राप्त आमदनी (सहायता यूनिट + गैर-सहायता यूनिट सदस्य)	+			
कुल शुद्ध गणना-योग्य आमदनी	=			

अनुभाग B. आपकी नकदी सहायता, महीना _____

1. अधिकतम सहायता _____ व्यक्ति (सहायता यूनिट + गैर-सहायता यूनिट सदस्य)	\$			
2. खास ज़रूरतें (सहायता यूनिट + गैर-सहायता यूनिट सदस्य)	+			
3. अनुभाग A से शुद्ध गणना योग्य आमदनी	-			
4. कुल योग	=			
5. अधिकतम सहायता _____ व्यक्ति (केवल सहायता यूनिट) (दंडित व्यक्ति)	\$			
6. विशेष ज़रूरतें (केवल सहायता यूनिट)	+			
7. अधिकतम सहायता भुगतान	=			
8. पूरे महीने की सहायता का कुल योग (लाइन 4 या 7 पर सबसे कम राशि)	=			
9. लाइन 8 महीने के कुछ भाग के लिए यथा-अनुपात	=			
10. समायोजन: 25% चाइल्ड सपोर्ट जुर्माना(जुर्माने)	-			
अन्य जुर्माने	-			
अधिक भुगतान	-			
Cal-Learn जुर्माने	-			
स्कूल बोनस (\$100 या \$500)	+			
11. मासिक नकदी सहायता राशि (लाइन 8 या 9 समायोजित)	\$			
12. कम भुगतान				
सही नकदी सहायता राशि	\$			
आपको अदा की गई नकदी सहायता	-			
कुल योग	=			
13. आपको अदा की गई नकदी सहायता	\$			
आपकी ओर से इकट्ठे किए गये सहायता भुगतान	-			
कुल योग	=			
14. प्रत्येक महीने के लिए कम भुगतान की राशि	=			

कुल कम भुगतान (सभी महीने) \$ _____

नियम: ये नियम लागू होते हैं; आप इनकी अपने कल्याण दफ्तर में समीक्षा कर सकते हैं: MPP अनुभाग 44-340, SB 80 (अध्याय 27, 2019 का कानून)।

राज्य द्वारा सुनवाई: यदि आपको लगता है कि यह कार्रवाई गलत है, तो आप सुनवाई के लिए अनुरोध कर सकते हैं। पृष्ठ 3 पर यह बताया गया है कि कैसे करना है।

आपके सुनवाई अधिकार

यदि आप काउंटी की किसी कार्रवाई से असहमत हैं, तो आपके पास सुनवाई के लिए अनुरोध करने का अधिकार है। आपके पास सुनवाई का अनुरोध करने के लिए केवल 90 दिन हैं। उक्त 90 दिन काउंटी द्वारा आपको यह नोटिस दिए जाने या मेल करने के बाद शुरू हुए। आप 90 दिनों के भीतर सुनवाई के लिए अर्जी क्यों नहीं दे पाए, इसके लिए यदि आपके पास ठोस कारण हैं तो आप सुनवाई के लिए अभी भी अर्जी दे

यदि आप Cash Aid, Medi-Cal, CalFresh, या बाल देखभाल पर कार्रवाई से पहले सुनवाई का अनुरोध करते हैं:

- जब आप सुनवाई की प्रतीक्षा करते हैं, तब आपका Cash Aid या Medi-Cal समान ही रहेगा।
- आपकी बाल देखभाल सेवाएं समान ही रहेंगी जब आप सुनवाई की प्रतीक्षा करते हैं।
- सुनवाई होने या आपकी प्रमाणन अवधि के अंत, जो भी पहले हो, तक आपके CalFresh लाभ समान ही बने रहेंगे।

यदि सुनवाई का निर्णय कहता है कि हम सही हैं, तो आपको प्राप्त किसी भी अतिरिक्त Cash Aid, Cal Fresh या बाल कल्याण सेवाओं के लिए आपको हमें भुगतान करना होगा। सुनवाई से पहले आपके लाभ कम करने या बंद करने के लिए, नीचे देखें:

हां, कम करें या बंद करें: Cash Aid CalFresh
 बाल देखभाल

जब आप सुनवाई निर्णय के लिए प्रतीक्षा कर रहे हों:

कार्य के लिए कल्याण:

आपके लिए गतिविधियों में भाग लेना आवश्यक नहीं है।

आप इस नोटिस से पहले काउंटी द्वारा अनुमोदित रोजगार और अन्य गतिविधियों के लिए बाल देखभाल भुगतान प्राप्त कर सकते हैं।

यदि हमने आपको बताया कि आपकी अन्य सहायक सेवाओं के भुगतान रुक जाएंगे, तो आपको और भुगतान नहीं मिलेंगे, भले ही आप अपनी गतिविधि पर जाएं।

यदि हमने आपको बताया कि हम आपकी अन्य सहायक सेवाओं का भुगतान करेंगे, तो इनके लिए राशि का भुगतान किया जाएगा और यह इस नोटिस में आपको बताए गए तरीके से किया जाएगा।

- उन सहायक सेवाओं को प्राप्त करने के लिए, आपको काउंटी के बताए अनुसार उस गतिविधि में शामिल होना जरूरी है।

- यदि सुनवाई निर्णय के लिए प्रतीक्षा करने के दौरान काउंटी द्वारा भुगतान की जाने वाली सहायक सेवाओं की राशि आपकी भागीदारी के लिए पर्याप्त नहीं है, तो आप उस गतिविधि में शामिल होना बंद कर सकते हैं।

Cal-Learn:

- आप Cal-Learn कार्यक्रम में भाग नहीं ले सकते यदि हमने आपको ऐसा बताया कि हम आपको सेवा प्रदान नहीं कर सकते।
- हम किसी स्वीकृत गतिविधि के लिए केवल Cal-Learn सहायक सेवाओं के लिए भुगतान करेंगे।

अन्य जानकारी

Medi-Cal प्रबंधित देखभाल योजना के सदस्य: इस नोटिस पर की गई कार्रवाई आपको आपकी प्रबंधित देखभाल स्वास्थ्य योजना से सेवाएं प्राप्त करने से रोक सकती है। यदि आपके कोई प्रश्न हों, तो आप अपनी स्वास्थ्य योजना की सदस्यता सेवा से संपर्क कर सकते हैं।

बाल और/या चिकित्सा सहायता: स्थानीय बाल सहायता एजेंसी बिना किसी लागत सहायता प्राप्त करने में मदद करेगी, भले ही आप नकद सहायता प्राप्त नहीं भी करते हैं। यदि वे अब आपके लिए सहायता एकत्र करते हैं, तो वे तब तक ऐसा करते रहेंगे जब तक आप उन्हें रुकने के लिए लिखित रूप में सूचित नहीं करते। वे आपको एकत्र की गई वर्तमान सहायता राशि भेजेंगे, परंतु प्रशासन की ओर बकाया के तौर पर एकत्र किए गए पिछले देय धन को रख लेंगे।

परिवार नियोजन: जब भी आप जानकारी के लिए अनुरोध करेंगे, आपका कल्याण कार्यालय आपको देगा।

सुनवाई फाइल: यदि आप सुनवाई का अनुरोध करते हैं, तो राज्य सुनवाई (State Hearing Division) प्रभाग एक फाइल तैयार करेगा। आपको अपनी सुनवाई से पहले इस फाइल को देखने और सुनवाई से कम से कम दो दिन पहले अपने मामले पर काउंटी की लिखित स्थिति की प्रति प्राप्त करने का अधिकार है। राज्य आपकी सुनवाई की फाइल कल्याण विभाग (Welfare Department) और अमेरिकी स्वास्थ्य और मानव सेवाएं और कृषि विभाग को दे सकता है। (W&I कोड खंड 10850 और 10950.)

सुनवाई के लिए अनुरोध करना:

- यह पृष्ठ भरें।
- अपने रिकॉर्ड के लिए इस पृष्ठ के अगले और पिछले भाग की प्रति बनाएं। यदि आप अनुरोध करते हैं तो आपका कार्यकर्ता आपको इस पृष्ठ की प्रति देगा।
- इस पृष्ठ को इसे भेजें या प्रस्तुत करें:

या

- टोल फ्री कॉल करें: **1-800-952-5253** या TDD, 1-800-952-8349 का इस्तेमाल करने वाले बहरे-गूंगे व्यक्तियों के लिए। सहायता पाने के लिए: आप उपर्युक्त सूचीबद्ध टोल-फ्री राज्य फोन नंबरों पर अपने सुनवाई अधिकारों या कानूनी सहायता रेफरल के बारे में अनुरोध कर सकते हैं। आप अपने स्थानीय कानूनी सहायता या कल्याण अधिकार कार्यालय में मुफ्त कानूनी सहायता प्राप्त कर सकते हैं।

यदि आप अकेले सुनवाई में नहीं जाना चाहते हैं, तो आप अपने साथ किसी दोस्त या किसी व्यक्ति को ला सकते हैं।

सुनवाई अनुरोध

मैं अपने इसके बारे में _____ काउंटी के कल्याण विभाग द्वारा की गई कार्रवाई के बारे में सुनवाई चाहता/चाहती हूँ: Cash Aid CalFresh Medi-Cal अन्य (लिखें) _____

कारण यह है: _____

- यदि आपको अधिक स्थान की आवश्यकता है, तो यहां निशान लगाएं और पृष्ठ जोड़ें।
- मैं चाहता/चाहती हूँ कि राज्य मुझे मुफ्त दुभाषिया प्रदान करें। (इस सुनवाई के दौरान कोई रिश्तेदार या दोस्त आपके लिए दुभाषिए का काम नहीं कर सकता।)

मेरी भाषा या बोली यह है: _____

उस व्यक्ति का नाम जिसके लाभ अस्वीकृत किए गए, बदले गए या रोक दिए गए	जन्म तिथि	फोन नंबर
स्थानीय पता	नगर	राज्य
हस्ताक्षर		ज़िप कोड।
इस फॉर्म को भरने वाले व्यक्ति का नाम।		तारीख
		फोन नंबर

- मैं चाहता/चाहती हूँ कि नीचे वर्णित व्यक्ति इस सुनवाई में मेरा प्रतिनिधित्व करे। मैं इस व्यक्ति को अपने रिकॉर्ड देखने और मेरी तरफ में सुनवाई में भागीदारी की अनुमति देता/देती हूँ। (यह व्यक्ति मित्र या संबंधी हो सकता है परंतु आपके लिए दुभाषिए का काम नहीं कर सकता।)

नाम	फोन नंबर
स्थानीय पता	नगर
	राज्य
	ज़िप कोड