

اعلامیه تغییر برای خانواری که به طور سه ماهه گزارش می کند

تاریخ اعلامیه _____ :
اسم پرونده _____ :
شماره _____ :
اسم مأمور رسیدگی _____ :
شماره _____ :
تلفن _____ :
نشانی _____ :
_____ :
_____ :

(ADDRESSEE)

اگر سوالی دارید ویا اطلاعات بیشتری در مورد این اقدام نیاز دارید، لطفاً با مأمور رسیدگی به پرونده خود تماس بگیرید.

جلسه رسیدگی ایالتی: اگر فکر می کنید که این اقدام اشتباه است، می توانید برای يك جلسه رسیدگی درخواست کنید. پشت این ورق به شما می گوید که چطور برای يك جلسه رسیدگی درخواست کنید. اگر قبلاً در مورد دلیل توزیع بیش از مقدار مقرر که دریافت شده يك جلسه رسیدگی داشته اید، نمی توانید برای يك جلسه رسیدگی جدید درخواست کنید، مگر اینکه فکر می کنید مقدار مزایای کوبین غذایی جدیدی که به خاطر توزیع بیش از مقدار مقرر دریافت می کنید اشتباه است.

عدم تغییر در مزایا

مزایای کوبین غذایی شما در نتیجه سند (اسناد)/اطلاعاتی که دریافت کردیم در این دوره سه ماهه تغییر نکرد چون:

هر تغییری را که به طور داوطلبانه گزارش کردید بایستی در گزارش دوره سه ماهه آینده شما (QR 7) به همراه مدرک تغییر گزارش شود.

انقضا

از تاریخ _____، مزایای کوبین غذایی شما منقضی می شود چون:

بخاطر دلیلی که مزایای شما منقضی می شود، خانوار شما نیز از شرکت در برنامه کوبین غذایی تا تاریخ _____ محروم می شود. می توانید در پایان مدت زمان محرومیت برای مزایا دوباره درخواست کنید.

نظرات

تغییر در مزایا

از تاریخ _____، مزایای کوبین غذایی شما از \$ _____ به \$ _____ در ماه تغییر کرده چون:

قبلاً در مورد يك توزیع بیش از مقدار مقرر کوبین غذایی به شما گفته شده و چون بخش‌داری سهمیه ماهانه شما را به میزان 10٪ ویا \$10 (هرکدام بیشتر است) کاهش داده کمتر کوبین غذایی دریافت می کنید تا برای کوبین های غذایی که دریافت کردید و نمی بایستی دریافت می کردید بازپرداخت شود. توسط دادگاه ویا يك جلسه رسیدگی ایالتی تصمیم گرفته شده ویا چون يك موافقت نامه رضایت به عدم صلاحیت ویا يك صرفنظر از جلسه رسیدگی عدم صلاحیت اداری را امضاء کردید که این توزیع بیش از مقدار مقرر يك تخلف عمدی از برنامه (IPV) است. اکنون سهمیه ماهانه شما تغییر می کند چون بخش‌داری می تواند شروع به کاهش سهمیه شما به میزان 20٪ ویا \$10 (هرکدام بیشتر است) کند. اگر تغییرات دیگری در سهمیه کوبین غذایی ماهانه شما بوده، این فرم به شما خواهد گفت.

تغییر پیشنهادی در مزایا

از تاریخ _____، مزایای کوبین غذایی شما ممکن است کاهش پیدا کرده ویا قطع شود چون اطلاعات لازم برای مشخص کردن واجد شرایط بودن ادامه دار ویا مقدار صحیح مزایای شما به همراه گزارش وضعیت مشمولیت سه ماهه (QR 7) دریافت نشده است. بایستی اطلاعات زیر را قبل از اولین روز ماه آینده دریافت کنیم:

اگر از شما خواسته شده که يك هزینه را تأیید کنید ولی آنرا تأمین نکنید، اجازه این هزینه در هنگام محاسبه مزایای دوره سه ماهه آینده شما داده نخواهد شد. همچنین اگر اطلاعات درخواست شده دیگر را تأمین نکنید، مزایای شما ممکن است کاهش یافته ویا قطع شوند.

مقررات: این مقررات مربوط به اقدام (های) فوق است: می توانید آنها را در دفتر رفاه مرور کنید.

حقوق شما در جلسه رسیدگی

اگر با هریک از اقدامات بخشداری موافق نیستید، حق دارید که برای يك جلسه رسیدگی درخواست کنید. فقط 90 روز فرصت دارید تا برای يك جلسه رسیدگی درخواست کنید. این 90 روز از روز بعد از تاریخی شروع می شود که بخشداری این اعلامیه را به شما داد و یا ارسال کرد.

برای درخواست برای يك جلسه رسیدگی:

- این برگه را پر کنید.
- جلو و پشت این برگه را برای پرونده خودتان کپی کنید. در صورت درخواست، مأمور رسیدگی به پرونده شما نسخه ای از این برگه را برایتان فراهم خواهد کرد.
- این برگه را به نشانی زیر ببرید و یا ارسال دارید:

اگر قبلاً از اینکه اقدامی در مورد کمک نقدی، Medi-Cal و کوپن های غذایی شما اجرا شود برای يك جلسه رسیدگی درخواست کنید:

- در مدتی که منتظر جلسه رسیدگی هستید، کمک نقدی و یا Medi-Cal شما به همان میزان باقی خواهد ماند.
- در مدتی که منتظر جلسه رسیدگی هستید، ممکن است خدمات مراقبت از کودک شما تغییر نکند.
- تا زمان جلسه رسیدگی و یا تا پایان دوره صدور گواهینامه شما، هرکدام که زودتر باشند، کوپن های غذایی شما تغییری نخواهند کرد.

اگر حکم جلسه رسیدگی اظهار کند که حق با ما بوده است، برای هر مقدار اضافی کمک نقدی، کوپن های غذایی و یا خدمات مراقبت از کودکان به ما بدهکار خواهید بود. برای کاهش و متوقف کردن مزایا قبل از جلسه رسیدگی، مورد زیر را تیک بزنید: بله، کاهش داده و یا متوقف کنید: کمک نقدی کوپن غذا مراقبت از کودکان

در مدتی که منتظر جلسه رسیدگی برای موارد زیر هستید:

رفاه به کار:

لازم نیست که در این اشتغال ها شرکت کنید.

ممکن است وجوهی برای مراقبت از کودک برای اشتغال و برای فعالیت هایی که توسط بخشداری قبل از این اعلامیه تصویب شده را دریافت کنید.

اگر به شما بگویم که پرداخت برای خدمات حمایتی دیگر متوقف خواهد شد، حتی در صورت رفتن به اشتغال خود، وجوه دیگری دریافت نخواهید کرد.

اگر به شما بگویم که خدمات حمایتی دیگر شما را پرداخت خواهیم کرد، به مقدار و طریقی که در این اعلامیه ذکر شده پرداخت خواهند شد.

- برای دریافت آن خدمات حمایتی، بایستی به اشتغالی بروید که بخشداری از شما خواسته در آن شرکت کنید.
- اگر در مدتی که منتظر حکم جلسه رسیدگی هستید، مقدار خدمات حمایتی که بخشداری پرداخت می کند کافی نیست تا امکان مشارکت را به شما بدهد، می توانید دیگر به اشتغال نروید.

Cal-Learn:

- اگر به ما بگویند که نمی توانیم به شما خدمت رسانی کنیم، نمی توانید در برنامه Cal-Learn شرکت کنید.
- فقط برای خدمات حمایتی Cal-Learn برای يك اشتغال تصویب شده پرداخت خواهیم کرد.

اطلاعات دیگر

اعضای طرح مراقبت اداره شده Medi-Cal: اقدام ذکر شده در این اعلامیه ممکن است از دریافت خدمات از طرح بهداشتی/درمانی مراقبت اداره شده شما جلوگیری کند. اگر سوالی دارید، ممکن است مایل باشید با خدمات عضویت طرح بهداشتی/درمانی خود تماس بگیرید.

حمایت کودک و/یا پزشکی: سازمان محلی حمایت از کودکان به شما کمک خواهد کرد تا حمایت بدون هزینه بگیرید، حتی اگر کمک نقدی دریافت نمی کنید. اگر در حال حاضر برای شما حمایت گردآوری می کنند، تا زمانی که به صورت کتبی به آنها نگویید که متوقف کنند، به این کار ادامه خواهند داد. وجه حمایتی جاری را برای شما ارسال خواهند کرد ولی وجه جمع آوری شده گذشته که به بخشداری بدهکار هستید را نگه خواهند داشت.

تنظیم خانواده: در صورت درخواست، اداره رفاه شما اطلاعاتی را در اختیارتان قرار خواهد داد. پرونده جلسه رسیدگی: اگر برای يك جلسه رسیدگی درخواست کنید، بخش جلسات رسیدگی ایالتی برایتان يك پرونده تشکیل خواهد داد. شما حق دارید این پرونده را قبل از جلسه رسیدگی خود ببینید و حداقل دو روز قبل از جلسه رسیدگی، نسخه ای از موضع کتبی بخشداری در مورد دعوی خود را دریافت کنید. دولت ممکن است پرونده جلسه رسیدگی شما را به اداره رفاه و اداره خدمات بهداشتی/درمانی و انسانی و کشاورزی بدهد. (قانون W&A بخش های 10850 و 10950).

- و یا
- با شماره مجانی تماس بگیرید: 1-800-952-5253 و یا افراد ناشنوا و یا ناگویا که از TDD استفاده می کنند، 1-800-952-8349.

برای دریافت کمک: می توانید با تماس گرفتن با شماره های مجانی ایالتی که در بالا ذکر شد از حقوق خود در مورد جلسه رسیدگی آشنا شده و یا برای ارجاع به امداد قانونی درخواست کنید. ممکن است بتوانید کمک قانونی مجانی در دفتر امداد قانونی و یا حقوق رفاه محلی خود دریافت کنید.

اگر نمی خواهید به تنهایی به جلسه رسیدگی بروید، می توانید يك دوست و یا فردی را به همراه بیاورید.

درخواست برای جلسه رسیدگی

مایلم در مورد اقدام اداره رفاه بخشداری _____ در مورد زیر يك جلسه رسیدگی داشته باشم: کمک نقدی کوپن های غذایی Medi-Cal دیگر (ذکر شود) _____

دلیش اینست:

- اگر به فضای بیشتری نیاز دارید، اینجا را علامت زده و يك برگه اضافه کنید.
 - نیاز دارم که دولت يك مترجم بدون اینکه هزینه ای داشته باشد فراهم کند. (يك خویشاوند و یا دوست نمی تواند برای شما در جلسه رسیدگی ترجمه کند.)
- زبان و یا گویش من: _____

اسم فردی که مزایایش رد شد، تغییر پیدا کرد و یا متوقف شد

تاریخ تولد	شماره تلفن
نشانی خیابان	
کدپستی	ایالت
شهر	
اعضاء	تاریخ
اسم فردی که این فرم را پر می کند	شماره تلفن

- مایلم شخصی که در زیر ذکر می شود در جلسه رسیدگی از طرف من نمایندگی کند. من به این فرد اختیار می دهم تا پرونده هایم را مشاهده کرده و برای من به جلسه رسیدگی برود (این فرد می تواند يك دوست و یا خویشاوند باشد ولی نمی تواند برای شما ترجمه کند.)

اسم	شماره تلفن
نشانی خیابان	
کدپستی	ایالت
شهر	