

تاریخ اعلامیه : _____
اسم پرونده : _____
شما مامور رسیدگی : _____
نام : _____
شماره : _____
تلفن : _____
نشانی : _____

سوالی دارید؟ از مسئول رسیدگی بپرسید.

جلسه رسیدگی ایالتی: اگر فکر می‌کنید این اقدام درست نیست، می‌توانید برای یک جلسه رسیدگی درخواست کنید. روش آن در پشت این برگه آمده است. اگر قبل از اینکه این اقدام انجام شود برای یک جلسه رسیدگی درخواست کنید، ممکن است مزایای شما تغییر نکند.

ADDRESSEE

حساب دوباره فعال شد

در تاریخ _____، بخش‌داری دسترسی به حساب مزایای الکترونیک کوپین غذایی شما را شروع کرد.

اگر کارت شما مفقود شده با شماره 1-877-328-9077 تماس بگیرید. اگر در استفاده از کارت EBT خود به کمک نیاز دارید، با متصدی بخش‌داری تماس بگیرید.

این اعلامیه:

- واجد شرایط بودن شما برای مزایا را تغییر نمی‌دهد.
- مسئولیت شما برای گزارش تغییراتی که بر روی واجد شرایط بودن شما تاثیر می‌گذارد را تغییر نمی‌دهد؛ و
- کمک نقدی و یا مزایای Medi-Cal شما را تغییر نمی‌دهد. اگر این مزایا تغییر کند، یک اعلامیه جداگانه دریافت خواهید کرد.

حساب غیر فعال شد

پرونده های ما نشان می‌دهند که از حساب مزایای الکترونیک کوپین غذا خود برای بیش از 135 روز استفاده نکرده اید.

اگر تا تاریخ _____ از مزایای کوپین غذا خود استفاده نکنید، بخش‌داری دسترسی الکترونیک به مزایای کوپین غذایی شما را متوقف خواهد کرد. می‌توانید با استفاده کردن از کارت مزایای کوپین غذایی خود جلوی این اقدام را بگیرید.

پرونده های ما نشان می‌دهند که از حساب مزایای الکترونیک کوپین غذا خود برای بیش از 180 روز استفاده نکرده اید.

در تاریخ _____، بخش‌داری دسترسی به حساب مزایا الکترونیک کوپین غذایی شما را متوقف کرد. با مامور رسیدگی بخش‌داری تماس بگیرید تا حساب مزایای الکترونیک کوپین غذایی شما را مجدداً فعال کند.

اگر شما دارای مزایای الکترونیک کوپین غذایی هستید که برای 365 روز از آن استفاده نکرده اید، مزایای استفاده نشده از حساب EBT شما کمک خواهد شد و نمی‌تواند بازسازی شود.

مقررات: این مقررات اطلاق می‌شوند: می‌توانید آنها را در دفتر رفاه مرور کنید.
MPP 16-120

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 بگویید 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	
امضاء	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	