

مقاطعة

إشعار كالفريش (CALFRESH) للإبلاغ النصف سنوي عن التغييرات الخاصة بالأسر

تاريخ الإشعار _____ :
اسم _____ :
الحالة _____ :
الرقم _____ :
اسم الموظف _____ :
المسؤول _____ :
الرقم _____ :
رقم الهاتف _____ :
العنوان _____ :
_____ :
_____ :

إذا كانت لديك أية استفسارات أو أردت الاطلاع على المزيد من المعلومات حول هذا الإجراء، يُرجى الاتصال بالموظف المسؤول.

(ADDRESSEE)

جلسات الاستماع بالولاية: يمكنك طلب عقد جلسة في حال اعتقادك بأن الإجراء خاطئ، ويرشدك الجزء الخلفي لهذه الصفحة إلى كيفية طلب عقد جلسة استماع. وفي حال عقد جلسة استماع بالفعل بشأن الإصدار الزائد الذي يتم جمعه، لا يمكنك طلب عقد جلسة استماع جديدة ما لم تعتقد أن المبلغ الجديد لمزايا CalFresh التي تحصل عليها بسبب جمع الإصدار الزائد غير صحيح.

عدم التغيير في المزايا

لم يتم تغيير مزايا CalFresh في هذه الفترة نتيجة للمستندات/المعلومات التي استلمناها نظرًا:

التغيير في المزايا

سار في _____، تم تغيير مزايا CalFresh لديك من _____ إلى \$ _____ في كل شهر نظرًا لما يلي:

لأنه يجب الإبلاغ مرة أخرى عن أي تغييرات قمت بالإبلاغ عنها طوعًا في التقرير النصف سنوي القادم (SAR 7) بالإضافة إلى دليل التغيير.

الإنهاء

سار من _____، تم إنهاء مزايا CalFresh الخاصة بك بسبب ما يلي:

استنادًا إلى سبب إنهاء المزايا الخاصة بك، فإن أسرتك أيضًا غير مؤهلة للمشاركة في برنامج (CalFresh) حتى _____ . كما يمكنك إعادة تطبيق المزايا في نهاية فترة عدم الأهلية.

التعليقات

إبلاغك بالفعل فيما يتعلق بالإصدار الزائد لمزايا CalFresh وأنت الآن تتسلم أقل من مزايا CalFresh نظرًا لأن المقاطعة قامت بتقليل المخصص الشهري الخاص بك بحوالي 10% أو \$10 (أيهما كان أفضل) لإعادة دفع مزايا CalFresh التي حصلت عليها أو لم تحصل عليها. لقد تقرر في المقاطعة أو من خلال جلسة الاستماع أو بسبب توقيعك على اتفاقية الموافقة على عدم الأهلية أو التنازل في جلسة استماع عدم الأهلية الإدارية أن الإصدار الزائد عبارة عن انتهاك متعمد للبرنامج (IPV). والآن يتم تغيير المخصص الشهري لديك حيث أنه يمكن للمقاطعة بدء تقليل المخصص الخاص بك بحوالي 20% أو \$10 (أيهما أفضل). وفي حال وجود أي تغييرات أخرى فيما يتعلق بمخصص CalFresh الشهري، فستجد ذلك موجودًا بهذا النموذج.

التغيير المقترح في المزايا

سار في _____، ويمكن خفض مزايا CalFresh أو إيقافها نظرًا لعدم استلام المعلومات المطلوبة لتحديد أهليتك المستمرة أو المبلغ الصحيح للمزايا مع تقرير حالة الأهلية نصف السنوي (SAR 7). حيث ينبغي لنا استلام المعلومات التالية بموعد أقصاه اليوم الأول من الشهر التالي:

في حال طلب إثبات النفقة وفي حال عدم تقديمه، لن يتم السماح بالنفقة عند احتساب المزايا. كما أنه في حال عدم تقديم المعلومات الأخرى، فإنه يمكن خفض المزايا الخاصة بك أو إيقافها.

قواعد: تنطبق هذه القواعد على الإجراءات الواردة أعلاه: يمكنك مراجعتها عبر الإنترنت أو في مكتب الرعاية.

حقوقك لعقد جلسة سماع

لك الحق في أن تطلب عقد جلسة سماع إذا لم توافق على أي من إجراءات الكاونتي. لديك ٩٠ يوماً فقط لطلب عقد جلسة سماع. بدأت مدة الـ ٩٠ يوماً بعد أن قامت الكاونتي بإعطائك هذا الإشعار أو إرساله لك بالبريد. إذا كان لديك سبباً جيداً لعدم تمكنك من تقديم طلبك لعقد جلسة سماع خلال ٩٠ يوماً، قد يتاح لك تقديم طلبك رغماً عن هذا. إذا قدمت سبباً جيداً قد يمكن تحديد موعد لعقد جلسة السماع.

لطلب عقد جلسة سماع:

- قم بتكملة هذه الصفحة.
- اعمل نسخة عن وجه وظهر هذه الصفحة للاحتفاظ بها في سجلاتك. إذا طلبن، سيقوم الموظف المسئول عنك بعمل نسخة عن هذه الصفحة.
- أرسل أو خذ هذه الصفحة إلى:

أو

- اتصل بالرقم المجاني: ١-٨٠٠-٩٥٢-٥٢٥٣ أو لضعفاء اللفظ والسمع الذين يستعملون الهاتف النصي، يمكنهم الاتصال بالرقم ٨٣٤٩-٩٥٢-٠٠٨-١. للحصول على المساعدة: يمكنك طلب الإطلاع على حقوقك بالنسبة لجلسة السماع أو الإحالة للمساعدة القانونية على أرقام الولاية المجانية المدرجة أعلاه. قد تحصل على مساعدة قانونية مجانية من المكتب القانوني المحلي أو فريق حقوق الإنعاش.

إذا كنت لا تريد الذهاب لجلسة السماع بمفردك، يمكنك إحضار صديق أو أي شخص آخر معك.

طلب عقد جلسة السماع

أريد عقد جلسة سماع بسبب إجراء من قبل إدارة الإنعاش لكاونتي _____
يتعلق بإعاناتي التالية:

إعانة مالية CalFresh Medi-Cal
 غير ذلك (أذكر أدناه)

فيما يلي السبب _____

- إذا احتجت لمجال إضافي، أشر هنا وأضف صفحة.
- أريد أن تزودني الولاية بمرجع بدون تحميلي أي تكلفة. (لا يجوز لصديق أو قريب أن يترجم لك خلال جلسة السماع).

لغتي ولهجتي هي _____

اسم الشخص الذي رفض تقديم المنافع إليه أو تغييرها أو إيقافها.

رقم الهاتف	تاريخ الولادة
عنوان الشارع	
الرمز البريدي	الولاية
التاريخ	المدينة
رقم الهاتف	اسم الشخص الذي قام بتكملة هذا النموذج

- أريد أن يمثلني الشخص الوارد اسمه أدناه في جلسة السماع هذه. أمني أدني لهذا الشخص لمراجعة سجلاتي أو لتمثيلي في الاجتماع. (يمكن أن يكون هذا الشخص صديق أو قريب لكنه لا يستطيع الترجمة لك.)

رقم الهاتف	الاسم
عنوان	
الرمز البريدي	الولاية
المدينة	

التخطيط العائلي: سوف يزودك مكتب الإنعاش بالمعلومات عندما تطلبها.

ملف جلسة السماع: إذا طلبت عقد جلسة سماع، سوف يقوم فرع جلسة السماع التابع للولاية بتحضير ملف. لك الحق في مراجعة هذا الملف قبل عقد جلسة السماع والحصول على نسخة عن موقف الكاونتي المدون عن قضيتك قبل يومين من عقد الجلسة على الأقل. قد تقوم الولاية بإعطاء ملفك إلى إدارة الإنعاش ووزارة الصحة والخدمات الإنسانية والزراعة الأمريكية. (W&I Code Sections 10850 and 10950).

إذا طلبت عقد جلسة سماع قبل اتخاذ إجراء بالنسبة لإعانة مالية Medi-Cal أو CalFresh أو رعاية طفل:

- ستبقى إعانتك المالية أو Medi-Cal على ما هي خلال فترة الانتظار لعقد جلسة السماع.
- قد تستمر خدمات رعاية طفل على ما هي خلال فترة الانتظار لعقد جلسة السماع.
- ستبقى استحقاقاتك من CalFresh على ما هي حتى عقد جلسة السماع أو إلى انتهاء مدة التصديق، أيهما جاء أولاً.

إذا كان قرار جلسة السماع بأننا على حق، سوف تكون مدينا لنا بأي مبلغ إضافي نقدي أو من استحقاقات CalFresh أو خدمات رعاية طفل حصلت عليها. لكي تطلب منا تخفيض أو إيقاف منافعك قبل عقد جلسة السماع، اشر أدناه.

نعم، يرجى تخفيض أو إيقاف: إعانة المالية CalFresh
 رعاية طفل

خلال فترة انتظارك لقرار جلسة السماع:

من الإنعاش للعمل:

أنت غير مرغما على الاشتراك في النشاطات.

قد تستلم دفعات خدمات رعاية طفل للعمل أو لنشاطات موافق عليها من قبل الكاونتي قبل صدور هذا الإشعار.

إذا أعلمناك بأن خدماتك المساندة الأخرى سوف تتوقف، لن تحصل على المزيد من الدفعات حتى إذا ذهبت إلى نشاطاتك.

إذا أعلمناك بأننا سوف ندفع عن خدماتك المساندة الأخرى، سيتم دفعها وفقاً للمبلغ والطريقة التي ذكرناها في هذا الإشعار.

- للحصول على خدمات المساندة، عليك الذهاب للنشاط الذي طلبت منك الكاونتي الذهاب إليه.
- إذا كان مبلغ خدمات المساندة الذي تدفعه لك الكاونتي أثناء انتظارك لقرار جلسة السماع غير كافي ليتيح لك المساهمة، يمكنك التوقف عن الذهاب للنشاط.

Cal-Learn

- لا يحق لك الاشتراك في برنامج Cal-Learn إذا أعلمناك بأننا لا نستطيع توفير الخدمة لك.
- سوف ندفع عن خدمات برنامج Cal-Learn المساندة فقط مقابل نشاط موافق عليه.

معلومات أخرى

أعضاء برنامج Medi-Cal للرعاية الموجهة: الإجراء المذكور في هذا الإشعار قد يوقف حصولك على الرعاية الصحية الموجهة. قد تريد الاتصال بخدمات أعضاء برنامج تأمينك الصحي إذا كان لديك أي أسئلة.

مساندة طفل و/ أو مساندة طبية: وكالة مساندة الأطفال المحلية سوف تساعد في الحصول المساندة حتى إذا لم تكن تحصل على إعانة مالية. إذا كانت تقوم بتحصيل المساندة لك، سوف تواصل ذلك إلا إذا طلبت منها خطياً بالتوقف. سوف ترسل لك مبلغ المساندة المحصل حالياً إنما ستحتفظ بالمبالغ المستحقة التي تم تحصيلها والمدين بها للكاونتي.

التخطيط العائلي: سوف يزودك مكتب الإنعاش بالمعلومات عندما تطلبها.

ملف جلسة السماع: إذا طلبت عقد جلسة سماع، سوف يقوم فرع جلسة السماع التابع للولاية بتحضير ملف. لك الحق في مراجعة هذا الملف قبل عقد جلسة السماع والحصول على نسخة عن موقف الكاونتي المدون عن قضيتك قبل يومين من عقد الجلسة على الأقل. قد تقوم الولاية بإعطاء ملفك إلى إدارة الإنعاش ووزارة الصحة والخدمات الإنسانية والزراعة الأمريكية. (W&I Code Sections 10850 and 10950).