

إشعار إيقاف منافع الطعام

(عدم الالتزام بقاعدة العمل للأشخاص البالغين
القادرين على العمل وغير المعيلين (ABAWDs))

تارikh الإشعار : _____
اسم القضية : _____
الرقم : _____
اسم الموظف : _____
الرقم : _____
هاتف : _____
العنوان : _____

(ADDRESSEE)

هل لديك أي أسئلة؟ اسأل الموظف.

جلسة السماع: إذا اعتقدت بأن هذا الإجراء غير صحيح، يمكنك طلب عقد جلسة سمع. توضح لك المعلومات على ظهر هذه الصفحة طريقة الطلب. لا يجوز أن تغير منافع إذا طلبت عقد جلسة سمع قبل اتخاذ قرار بهذا الإجراء.

- مستخدم أو تعمل لحسابك الشخصي 30 ساعة على الأقل بالأسبوع أو تحصل على دخل أسبوعي يساوي على الأقل لأجرة الساعة الدنيا المعتمدة من قبل الحكومة الفدرالية مضروبة بـ 30 ساعة.
- تذهب للمدرسة على الأقل نصف الوقت.
- حامل، أو
- تسكن مع عائلة تحصل على كوبونات طعام تشتمل على طفل قاصر حتى إذا كان الطفل القاصر غير مؤهل للحصول على كوبونات الطعام.

لن تخسر كوبونات الطعام إذا قمت

قبل _____
(التاريخ)
بال التالي، _____

أظهرت إثبات شفهي أو خطى بأنك ملتزم بقواعد العمل للأشخاص البالغين والقادرين (ABAWD).

- تم إعفاؤك (راجع اللائحة على الجهة اليسرى «للإعفاء من قواعد العمل»).
- لديك سبب مؤقت (مثل كونك مريضاً أو تعنتي بعضو مريض من أسرتك أو واجهت أسرتك حالة طارئة أو لم تتوفر لك وسيلة المواصلات أو عندك مشكلة في الكلام أو القراءة أو كتابة اللغة الإنجليزية) لعدم الالتزام بقواعد العمل.
- بدأت بالالتزام بالقاعدة التي فشلت الالتزام بها (راجع قواعد العمل أو اتصل بالموظف المسؤول عن قضيتك).

مدة الـ 36 شهرًا

- خلال مدة الـ 36 شهراً يمكنك الحصول على كوبونات الطعام لمدة ثلاثة أشهر فقط إلا إذا كنت تقني بقواعد عمل الأشخاص البالغين والقادرين (ABAWD).
- يمكنك الحصول على كوبونات الطعام لثلاثة أشهر إضافية دون الإيفاء بقواعد عمل الأشخاص البالغين والقادرين (ABAWD) إذا وقفت ببعض الشروط.

فيما يلي طريقة استعادة تحصيل كوبونات الطعام

- يمكنك الحصول على كوبونات الطعام من جديد إذا وقفت بأحد قواعد الأشخاص البالغين والقادرين على العمل (ABAWD) المدرجة أعلاه خلال فترة 30 يوماً.
- يمكنك التقدم بطلب في أي وقت إذا تم إعفاؤك من قاعدة العمل وبعد _____ عندما تنتهي مدة الـ 36 شهراً.
(التاريخ)

القواعد: تطبق هذه القواعد. يمكنك مراجعتها في مكتب الإنعاش المحلي.
_____ قسم MPP 63-410: _____ غير ذلك:

كاونتي

(القادرين على العمل والأشخاص البالغين
عدم الالتزام بقاعدة العمل (ABAWDs))

، بدءاً من _____ ، (الاسم)
ستتوقف كوبونات الطعام التي تحصل عليها حتى _____ ، (التاريخ)
_____ ، (شهر/سنة) 9 _____ ، (شهر/سنة)

سبب عدم الالتزام بقاعدة العمل للأشخاص البالغين القادرين على العمل وغير المعيلين (ABAWD).

سوف يتم تغيير مبلغ كوبونات الطعام المخصص لك من _____ دولار إلى _____ دولار.

إذا خسرت كوبونات طعامك، يمكنك استعادتها إذا قمت

قبل _____
(التاريخ)
بال التالي _____

- أظهرت إثباتاً بأنك ملتزم بقواعد الأشخاص البالغين والقادرين (ABAWD) للعمل.
- لمرة 20 ساعة بالأسبوع على الأقل، يجب أن تكون إما:
 - تعمل،
 - تذهب للمدرسة أو التدريب،
 - تذهب لنشاطات فرص البحث عن عمل (workfare) لعدد الساعات التي تحددها لك الكاونتي.

- تقى ببعض أعداد قواعد العمل المدرجة أدناه.
- لديك سبب مؤقت (مثل كونك مريضاً أو تعنتي بعضو مريض من أسرتك أو واجهت أسرتك حالة طارئة أو لم تتوفر لك وسيلة المواصلات أو عندك مشكلة في الكلام أو القراءة أو كتابة اللغة الإنجليزية).
- يمكنك التقدم بطلب في أي وقت إذا تم إعفاؤك من قاعدة العمل أو بعد _____ عندما تنتهي مدة الـ 36 شهراً.
(التاريخ)

للإعفاء من قواعد العمل، يجب أن تكون

- تحت سن 18 من العمر أو فوق 50 سنة.
- غير ملائم جسمياً أو عقلياً للعمل.
- ملتزם بقواعد برنامج CalWORKs Welfare-to-Work.
- تعتنى بشخص مريض سيحتاج للمساعدة لمدة تزيد عن 30 يوماً.
- تشترك في برنامج لمعالجة الأدمان على المشروبات الكحولية أو المخدرات يمنعك من العمل 30 ساعة أو أكثر في الأسبوع.
- تحصل أو قد تقدمت بطلب للحصول على منافع تأمين البطالة.

لطلب عقد جلسة سمع:

قم ببتمللة هذه الصفحة.

- اعمل نسخة عن وجه وظهر الصفحة للاحتفاظ بها في سجلاتك. إذا طلبت، سيقوم الموظف المسؤول عن قضيتك بتزويدك بنسخة عن هذه الصفحة.
- أرسل هذه الصفحة إلى:

حقوقك لعقد جلسة سمع

لكل الحق في أن تطلب عقد جلسة سمع إذا لم توافق على أي من إجراءات الكاونتي. لديك 90 يوما فقط لطلب عقد جلسة سمع. بدأت مدة الـ 90 يوما بعد أن قامت الكاونتي بإعطائك هذا الإشعار أو إرساله لك بالبريد.

إذا طلبت عقد جلسة سمع قبل اتخاذ إجراء بالنسبة لإعابة مالية أو Medi-Cal أو كوبونات طعام أو رعاية طفل:

- ستبقى إعانتك المالية أو Medi-Cal على ما هي خلال فترة الانتظار لعقد جلسة السمع.
- ستبقى خدمات رعاية طفل على ما هي خلال فترة الانتظار لعقد جلسة السمع.
- ستبقى إعانتك من كوبونات الطعام على ما هي حتى عقد جلسة السمع أو إلى انتهاء مدة الترخيص، أيهما جاء أولاً.

إذا كان قرار جلسة السمع بأئنك على حق، سوف تكون مدیننا لنا بأي مبلغ نقدي أو كوبونات طعام أو خدمات رعاية طفل حصلت عليها. لكي تطلب منا تخفيض أو إيقاف منافقك قبل عقد جلسة السمع، اشر أدناه.

نعم، يرجى تخفيض أو إيقاف: مساعدة مالية رعاية طفل

خلال فترة انتظارك لقرار جلسة السمع:
من الإنعاش للعمل (Welfare to work):

أنت غير مرغما على الاشتراك في النشاطات.

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

إذا أعلمتك بأن خدماتك المساعدة الأخرى سوف تتوقف، لن تحصل على المزيد من الدفعات حتى إذا ذهب إلى نشاطاتك.

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

للحصول على خدمات المساعدة، عليك الذهاب للنشاط الذي طلبت منه الكاونتي الذهاب إليه.

إذا كان مبلغ خدمات المساعدة الذي تدفعه لك الكاونتي أقل من انتظارك لقرار جلسة السمع غير كافي ليتيح لك المساهمة، يمكنك التوقف عن الذهاب للنشاط.

Cal-Learn برنامج

لا يحق لك الاشتراك في برنامج Cal-Learn إذا أعلمتك بأننا لا نستطيع توفير الخدمة لك.

سوف ندفع عن خدمات برنامج Cal-Learn المساعدة 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 تزيد الاتصال بخدمات أعضاء برنامج تأمينك الصحي إذا كان لديك أي أسئلة.

مساندة طفل /زوجة أو مساندة طبية: وكالة مساندة الأطفال المحلية سوف تساعد في تحصيل المساندة حتى إذا لم تكن تحصل على إعابة مالية. إذا كانت تقوم بتحصيل المساندة لك، سوف تواصل ذلك إلا إذا طلبت منها خطياً بالتوقيف. سوف ترسل لك مبلغ المساندة المحصل حالياً إنما ستختفي بالمبانع المستحقة التي تم تحصيلها والمدين بها للكاونتي.

التخطيط العائلي: سوف يزودك مكتب الإنعاش بالمعلومات عندما تطلبها.

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

لطلب عقد جلسة سمع:

اعمل نسخة عن وجه وظهر الصفحة للاحتفاظ بها في سجلاتك. إذا طلبت، سيقوم

الموظف المسؤول عن قضيتك بتزويدك بنسخة عن هذه الصفحة.

أرسل هذه الصفحة إلى:

أو اتصل بالرقم المجاني: 1-800-952-5253 أو لضعفاء اللفظ والسمع يمكن طلب خط

. TDD 1-800-952-8349.

للحصول على المساعدة، يمكنك طلب الإطلاع على حقوقك بالنسبة لجلسة السمع أو الإحالة للمساندة القانونية على أرقام الولاية المجانية المدرجة أعلاه. قد تحصل على مساعدة قانونية مجانية من المكتب القانوني المحلي أو فريق حقوق الإنعاش.

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

طلب عقد جلسة السمع

أريد عقد جلسة سمع بسبب إجراء من قبل إدارة الإنعاش لكاونتي بخصوص:

Medi-Cal الإعابة المالية كوبونات الطعام غير ذلك (حدد):

فيما يلي السبب:

إذا احتجت لمجال إضافي، أشر هنا وأضف صفحة.

أريد أن تزودني الولاية بمترجم بدون تحميلى أي تكاليف.
(لا يجوز لصديق أو قريب أن يترجم لك خلال جلسة السمع).
لغتي وجهتي هي:

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

رقم الهاتف	تاريخ الولادة
------------	---------------

عنوان الشارع

المدينة	الرمز البريدي	الولاية
---------	---------------	---------

التاريخ	التوقيع
---------	---------

اسم الشخص الذي قام ببتمللة هذا النموذج	رقم الهاتف
--	------------

الاسم	رقم الهاتف
-------	------------

عنوان الشارع

المدينة	الرمز البريدي	الولاية
---------	---------------	---------

أرغب بأن يقوم الشخص المذكور اسمه أدناه بتمثيلي خلال جلسة السمع.
أمنح إذني لهذا الشخص لرؤية سجلاتي أو الذهاب إلى جلسة السمع نيابة عنني. (يمكن أن يكون هذا الشخص صديقاً أو قريباً، إنما لا يمكنه الترجمة لك).

الاسم	رقم الهاتف
-------	------------

عنوان الشارع

المدينة	الرمز البريدي	الولاية
---------	---------------	---------