حقوق شما در دادرسی

در صورت مخالفت با اقدام بخش، حق درخواست دادرسی را خواهید داشت. برای درخواست دادرسی فقط 90 روز فرصت دارید. این مهلت 90 روزه از زمان دریافت این اخطاریه توسط بخش یا ارسال آن توسط پست آغاز می گردد.

اگر شما تقاضای شما برای دادرسی قبل از اقدام برای کمکهای مالی، مدی-کال، **کوپنهای غذا، یا مراقبت کودکان انجام پذیرد:**

- خدمات کمکهای نقدی یا مدی-کال به شما تا زمان شروع دادرسی یکسان باقی خواهد ماند.
- خدمات مربوط به مراقبت کودک تا زمان شروع دادرسی یکسان باقی خواهد ماند.
- کوپنهای غذای شما تا زمان شروع دادرسی برقرار بوده یا تا پایان دوره اعلام شده معتبر خواهد بود، هر کدام که زودتر فرا رسد.

اگر تصمیم دادرسی به نفع ما بود، شما مبلغ هر گونه کمکهای نقدی، کوپنهای غذا و خدمات نگهداری کودکان را که دریافت نموده اید به ما بدهکار می باشید.

برای اینکه به ما اجازه کم کردن یا توقف کمکها را قبل از شروع دادرسی بدهید، یکی از موارد ذیل را انتخاب نمائید:

بلی، کم گردد یا متوقف شود:

☐ کمکهای نقدی ☐ کوپنهای غذا ☐ مراقبت از کودکان

هنگامی که شما منتظر نتیجه دادرسی برای موارد ذیل می باشید:

کار در سازمان رفاه:

لزومی ندارد که در فعالیتها شرکت نمائید.

ممکن است حقوقی را قبل از دریافت این اخطاریه در مورد نگهداری کودکان بخاطر استخدام و فعالیتهای تایید شده توسط بخش دریافت کنید.

چنانچه به شما اعلام نمودیم حقوق دریافتی از سایر سازمانهای خدمات کمک رسانی شما قطع خواهد گردید، دیگر حقوقی دریافت نخواهید نمود، حتی اگر به فعالیت خود ادامه دهید.

چنانچه به شما اعلام داشتیم که ما برای سایر خدمات کمکی مبلغی را به شما پرداخت خواهیم نمود، این مبالغ به روشی که در این اخطاریه اعلام میکنیم پرداخت خواهند شد.

- برای دریافت این خدمات، باید به قسمتی که بخش از شما خواسته است رفته و در آنجا حضور یابید.
- اگر مبلغ دریافتی که بخش به شما تا زمان فرا رسیدن دادرسی پرداخت می نماید برای شرکت کردن در آن فعالیت کافی نیست، می توانید شرکت در فعالیت را متوقف کنید.

کال-لرن (Cal-Learn):

- در صورتی که به شما اعلام کنیم که نمی توانیم به شما خدمات ارائه نمائیم، شما نمی توانید در برنامه کال-لرن شرکت کنید.
- مبلغ پرداختی ما فقط برای شرکت در فعالیتهای تایید شده در خدمات حمایتی کال-لرن خواهد بود.

اطلاعات دیگر

اعضای طرح کنترل خدمات درمانی مدی-کال: اقدام انجام شده در این اخطاریه می تواند دریافت خدمات از طرح کنترل خدمات درمانی شما را متوقف نماید. می توانید در صورت داشتن سئوال با دفتر خدمات عضویت طرح درمانی خود تماس بگیرید.

کمکهای پزشکی و/ یا کودک: دفتر محلی حمایت از کودکان به شما در مورد دریافت کمک حتی در صورت عدم دریافت کمکهای نقدی، به رایگان کمک خواهد نمود. اگر این دفاتر به شما کمک نمایند، تا زمان اطلاع کتبی از جانب ما این کار را ادامه خواهند داد. این افراد پول جمع آوری شده را برای شما ارسال خواهند نمود اما بدهی قبلی شما در مورد پول دریافتی از بخش را کم خواهند نمود.

برنامه ریزی خانواده: دفتر رفاه در صورت درخواست اطلاعات لازم را در اختیارتان قرار خواهد داد.

پرونده دادرسی: اگر تقاضای دادرسی بنمائید، بخش دادرسی ایالتی پرونده ای را برای شما تشکیل خواهد داد. شما حق دیدن این پرونده را قبل از شروع دادرسی خواهید داشت و می توانید برای دریافت نسخه ایی کتبی از وضعیت بخش در مورد پرونده خود، حداقل دو روز قبل از شروع دادرسی اقدام نمائید. بخش دادرسی ایالتی ممکن است پرونده دادرسی شما را به سازمان رفاه و وزارت بهداشت، خدمات انسانی و کشاورزی ایالات متحده **(طبق ماده قانونی شماره 10850 و W&I 10950)** ارسال نماید.

روش تقاضای درخواست دادرسی:

- **این صفحه را پر کنید.**
- برای نگهداری در پرونده خود نسخه ایی از پشت و روی این صفحه تهیه کنید. در صورت درخواست، مامور رسیدگی به پرونده شما این کار را برایتان انجام خواهد داد.
- **این صفحه را با خود برده یا به این نشانی ارسال نمائید:**

یا

- **با تلفن رایگان: 1-800-952-5253** برای دادرسی و معلولین که از سیستم تی دی دی (TDD) استفاده می کنند با تلفن **1-800-952-8349** تماس حاصل نمائید.

دریافت راهنمایی: می توانید در مورد حقوق خود در دادرسی سئوال کنید یا برای مشاوره حقوقی رایگان با استفاده از تلفنهای رایگان ایالتی در بالا تماس بگیرید. می توانید در دفتر مشاوره حقوقی محلی یا دفتر حقوق رفاهی مشاوره رایگان دریافت نمائید.

اگر می خواهید در زمان دادرسی تنها نباشید می توانید یکی از دوستان یا فرد دیگری را به همرا خود به محل دادرسی بیاورید.

تقاضای دادرسی

اینجانب خواستار اجرای دادرسی در مورد اقدام سازمان رفاه بخش _____ در مورد

☐ کمکهای نقدی ☐ کوپنهای غذا ☐ مدی-کال

☐ موارد دیگر (نام ببرید) _____ می باشم.

دلایل اینجانب: _____

_____

_____

_____

_____

☐ **اگر به فضای بیشتری برای نوشتن احتیاج دارید می توانید صفحه ایی را اضافه نمائید.**

☐ اینجانب از بخش دادرسی ایالتی تقاضا دارم که بدون دریافت هزینه ای از اینجانب، مترجمی را در اختیار من قرار دهد. (دوستان یا خویشاوندان شما نمی توانند در جلسه دادرسی برای شما ترجمه کنند.)

زبان یا گویش مورد استفاده اینجانب: _____.

نام شخصی که کمکهای دریافتی وی قطع گردیده، تغییر کرده یا متوقف شده است.

تاریخ تولد	شماره تلفن
آدرس خیابان	
شهر	ایالت / منطقه
امضاء	تاریخ
نام شخص تکمیل کننده این فرم	شماره تلفن

☐ **اینجانب تقاضا دارم که فردی که در ذیل نام وی آمده است به نمایندگی از طرف من در دادرسی حضور داشته باشد. بدینوسیله موافقت خود را با این فرد برای دیدن پرونده اینجانب یا شرکت در دادرسی از طرف اینجانب اعلام می دارد (این شخص می تواند دوست یا یکی از اقوام باشد اما نمی تواند برای شما ترجمه بکند.)**

نام	شماره تلفن
آدرس خیابان	
شهر	ایالت / منطقه