

**Podobnost za izbjegličku novčanu pomoć**  
**Refugee Cash Assistance Eligibility**  
**Obavještenje o odluci**

Osobne informacije koje date se mogu upotrijebiti i u sporednim prilikama [Privacy Law, s. 15.04(1)(m), Wisconsin. Statutes.]

Nadležni radnik	Broj nadležnog radnika	Okrug	Regija (ako postoji)
Ime pod kojim se slučaj vodi		Broj slučaja	Telefonski broj (     )
Datum obavijesti			

Ime i adresa:

Putem ove obavijesti informiramo Vas da je Vaš zahtjev za dobivanje novčane pomoći za izbjeglice (RCA program) i/ili medicinsko osiguranje za izbjeglice (RMA program) odobren i da imate pravo na dobivanje sljedećeg:

RCA program

Razmotrili smo Vaš zahtjev za RCA program i odobravamo vam početne beneficije u iznosu od \$ \_\_\_\_\_ za razdoblje od \_\_\_\_\_ (početni datum pa do kraja mjeseca). Takođe imate pravo na daljnje novčane beneficije u iznosu od \$ \_\_\_\_\_ što se temelji na pomoći koja se daje prema veličini grupe od \_\_\_\_\_. Napominjemo da uvjeti koje ispunjavate za dobivanje ovih beneficija mogu biti ukinuti ukoliko ispunite uvjete za druge vrste pomoći, prekomjernog prihoda, odbijanja učestvovanja u radnim obavezama, odbijanja ponuđenog zapošljenja, ili ako ste već proveli 8 mjeseci u zemlji, računajući od datuma ulaska. Ukoliko navršite 8 mjeseci boravka u zemlji, Vaše posljednje beneficije će biti razmjerno podijeljene.

RMA program

Razmotrili smo Vaš zahtjev za RMA pomoć i ustanovili da ispunjavate uvjete kroz razdoblje od \_\_\_\_\_ sve do \_\_\_\_\_. Napominjemo da Vaš zahtjev za druge zdravstvene programe pomoći morate uspostaviti prije nego što navršite 8 mjeseci boravka od datuma Vašeg ulaska u zemlju, da bi se spriječila nepodobnost za medicinsko osiguranje.

Molimo da uputite sva svoja pitanja u vezi RCA i/ili RMA pomoći svom nadležnom radniku čiji je broj naveden na vrhu ove obavijesti. Ako mislite da je ova odluka pogrešna, nazovite Vašeg radnika i zatražite objašnjenje.

Obavezni ste obavijestiti Vašeg nadležnog radnika o svim promjenama vezanim za zapošljenje ili promjeni boravišta u roku od 10 dana. Ukoliko propustite da to učinite to može uroditi negativnim mjerama protiv Vas.

Ukoliko vam je potreban prevodilac, prevodilac za gluhočujanje ili ako imate fizičku prepreku, molimo kontaktirajte Vašeg radnika.

**Pravo na pritužbu:** Možete tražiti da se obavi Pravedno Saslušanje ukoliko smatrate da je ova odluka pogrešna. Uputstva za postavljanje zahtjeva za saslušanje možete dobiti od Vašeg nadležnog radnika, ili možete sami poslati pismeni zahtjev sa Vašim imenom, brojem telefona, socijalnim brojem i razlogom za Pravedno Saslušanje na adresu: Division of Hearings and Appeals, PO Box 7875, Madison WI 53707-7875. Ako zatražite Pravedno Saslušanje prije datuma kad je ova obavijest stupila na snagu, beneficije će biti nastavljene sve do krajnje odluke. Beneficije neće biti nastavljene nakon 8 mjeseci boravka u zemlji. Ako Pravedno Saslušanje potvrdi da niste bili podobni za beneficije, moraćete da vratite sve beneficije

dobijene greškom. Zahtjev za Pravedno Saslušanje morate poslati u roku od 45 dana od datuma ove obavijesti ili ga Istražitelj za Pravedno Saslušanje neće uvažiti.