

ဒုက္ခသည်များအတွက် ငွေသားအကူအညီ (RCA) ရရှိရန် အရည်အချင်းပြည့်မီမှု ဆုံးဖြတ်ချက်အကြောင်းကြားစာ

Refugee Cash Assistance Eligibility
Notice of Decision

သင်ပေးအပ်သော ကိုယ်ရေးအချက်အလက်များကို အခြားတရားဝင်ကိစ္စများအတွက် အသုံးပြုနိုင်ပါသည် [Privacy Law, s. 15.04(1)(m), Wisconsin Statutes].

လက်ရှိအလုပ်သမား		
အလုပ်သမားအမည်		တယ်လီဖုန်းနံပါတ်
အလုပ်သမား နိုင်ငံ	အမှုထမ်း၏ဒေသ (ရိုဂါက)	
အမှုအခင်း		
အမှုအမည်	အမှုတွဲနံပါတ်	ဆုံးဖြတ်ချက်အကြောင်းကြားစာ ရက်စွဲ
အလုပ်ရှာဖွေသူ		
အလုပ်ရှာဖွေသူအမည်		တယ်လီဖုန်းနံပါတ်
အလုပ်ရှာဖွေသူ၏လိပ်စာ		

အရည်အချင်းပြည့်မီမှု

ဤအကြောင်းကြားစာသည် သင်၏လျှောက်လွှာကို ကျွန်ုပ်တို့ ပြန်လည်သုံးသပ်ပြီးဖြစ်ကြောင်းနှင့် သင်သည် အောက်ပါအကျိုးခံစားခွင့်များအတွက် အရည်အချင်းပြည့်မီကြောင်း အသိပေးရန် ဖြစ်ပါသည်။

☐ အရည်အချင်းပြည့်မီသည် ☐ အကျိုးမဝင်ပါ **ဒုက္ခသည်များအတွက် ငွေသားအကူအညီ (RCA)**

သင်၏ ဒုက္ခသည် ငွေကြေးအကူအညီ လျှောက်ထားမှုကို ပြန်လည်သုံးသပ်စစ်ဆေးပြီး ခံစားခွင့်ရှိကြောင်း တွေ့ရှိပါသည်။ သင်၏ ကနဦး အကျိုးခံစားခွင့်ပမာဏမှာ \$ ဖြစ်ပြီး ကာလအတွက် (လျှောက်ထားသည့်ရက်မှ လကုန်အထိ) ဖြစ်ပါသည်။

အကူအညီခံယူသည့်အဖွဲ့ဝင်အရေအတွက် ဦးအပေါ်အခြေခံ၍ သင်၏ ဆက်လက်ရရှိမည့် လစဉ်အကျိုးခံစားခွင့်ပမာဏမှာ . ဖြစ်ပါသည်။

သတိပြုရန်- အခြားသောအကူအညီများရရှိခြင်း၊ ဝင်ငွေရှိလာခြင်း၊ အလုပ်ရှာဖွေရေးစည်းမျဉ်းများ မလိုက်နာခြင်း၊ သို့မဟုတ် အချိန်ကာလကုန်ဆုံးခြင်းတို့ကြောင့် သင်၏အကျိုးခံစားခွင့်များ ရပ်တန့်သွားနိုင်ပါသည်။ သင်၏ နောက်ဆုံးအကျိုးခံစားခွင့်ငွေကို ရက်အလိုက် အချိုးကျ တွက်ချက်ပေးပါမည်။

☐ အရည်အချင်းပြည့်မီသည် ☐ အကျိုးမဝင်ပါ **ဒုက္ခသည်များအတွက် ဆေးဝါးအကူအညီ (RMA)**

သင်၏ ဒုက္ခသည်များအတွက် ဆေးဝါးအကူအညီ (RMA) လျှောက်လွှာကို ကျွန်ုပ်တို့ ပြန်လည်သုံးသပ်ပြီးနောက် သင်သည် မှ . အထိ အရည်အချင်းပြည့်မီကြောင်း တွေ့ရှိရပါသည်။

အရေးကြီးသည့်အချက် - ခံစားခွင့်ရှိသည့်ကာလအပိုင်းအခြား မပြီးဆုံးမီ အခြားဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အစီအစဉ်များအတွက် ကြိုတင်လျှောက်ထားသင့်ပါသည်။ ထိုသို့လုပ်ဆောင်ခြင်းဖြင့် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အကာအကွယ်များ ပြတ်တောက်ခြင်းမှ ကာကွယ်နိုင်ပါသည်။

အရေးကြီးသတင်းအချက်အလက်

- သင့် RCA နှင့်/သို့မဟုတ် RMA နှင့်ပတ်သက်၍ မေးမြန်းလိုသည်များ ရှိပါက အထက်တွင်ဖော်ပြထားသော သင့်တာဝန်ရှိအမှုထမ်းထံ တိုက်ရိုက်ဆက်သွယ်ပါ။
- အလုပ်အကိုင်နှင့် နေရပ်ပြောင်းလဲခြင်းအပါအဝင် မည်သည့်ပြောင်းလဲမှုမဆို ရှိပါက ရက် ၁၀ အတွင်း သင့်တာဝန်ရှိအမှုထမ်းအား အကြောင်းကြားရပါမည်။
- ဘာသာပြန်ဆိုသူ၊ လက်ဟန်ဘာသာပြန်ဆိုသူ သို့မဟုတ် မသန်စွမ်းမှုအတွက် အခြားအဆင်ပြေမှုများ လိုအပ်ပါက သင့်တာဝန်ရှိအမှုထမ်းထံ ဆက်သွယ်ပါ။

အယူခံခွင့်

အေဂျင်စီ၏ ဆုံးဖြတ်ချက်ကို သင်အယူခံ တင်ပိုင်ခွင့်ရှိသည်။ ထိုဆုံးဖြတ်ချက်မှားနေသည်ဟု သင်ထင်ပါက သင့်အမှုထမ်းထံ ခေါ်ဆိုပြီးရှင်းပြချက်တောင်းနိုင်ပါသည်။ ထို့အပြင် မျှတသော ကြားနာစစ်ဆေးမှုတောင်းနိုင်ပါသည်။ မျှတသည့် ကြားနာစစ်ဆေးမှု တောင်းခံရန်အတွက် လမ်းညွှန်ချက်များကို သင့်တာဝန်ရှိအမှုထမ်းထံမှ ရယူနိုင်သည်။ သို့မဟုတ် သင်၏အမည်၊ လိပ်စာ၊ ဖုန်းနံပါတ်၊ လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ်နှင့် အယူခံတင်ရန်အကြောင်းပြချက်ပါရှိသော အရေးပါဆုံးဖြစ်ရမည့် တောင်းဆိုစာကိုအောက်ဖော်ပြပါလိပ်စာသို့ပေးပို့နိုင်ပါသည် - Division of Hearings and Appeals, PO Box 7875, Madison WI 53707-7875။ မည်သည့်ပြောင်းလဲမှုမတိုင်မီ Fair Hearing တောင်းဆိုပါက ထိုဆုံးဖြတ်ချက်အထိ အကျိုးခံစားခွင့်များ ဆက်လက်ခံနိုင်ပါသည်။ သို့သော် Fair Hearing တောင်းဆိုမှုသည် ၁၂ လအကြာခံစားခွင့်ကာလကို ကျော်လွန်မည်မဟုတ်ပါ။ Fair Hearing တွင် သင်အကျိုးခံစားခွင့်မရှိကြောင်းအတည်ပြုပါက မမှန်ကန်ဘဲ လက်ခံရရှိခဲ့သည့်အကျိုးခံစားခွင့်များကို ပြန်အမ်းပေးရန်လိုအပ်ပါသည်။ ဆုံးဖြတ်ချက်ကြေညာသည့်နေ့မှ ရက် ၄၅ အတွင်း Fair Hearing တောင်းဆိုစာ မပေးပို့ပါက စစ်ဆေးရေးအရာရှိမှ မစဉ်းစားပါ။
