

Admissibilité à l'Assistance Financière pour Réfugiés (AFR)

Avis de Décision

Refugee Cash Assistance Eligibility
Notice of Decision

Les renseignements personnels que vous fournissez peuvent être utilisés à des fins secondaires [Privacy Law, s. 15.04(1)(m), Wisconsin Statutes].

Intervenant actuel

Nom de l'intervenant		Numéro de téléphone
Comté de l'intervenant	Comté de l'intervenant	

Dossier

Nom du dossier	Numéro de dossier	Date de l'avis de décision
----------------	-------------------	----------------------------

Chercheur d'emploi

Nom du chercheur d'emploi	Numéro de telephone
Adresse du chercheur d'emploi	

Admissibilité

Le présent avis a pour but de vous informer que votre demande d'Assistance Financière pour Réfugiés (AFR) et/ou d'Assistance Médicale pour Réfugiés (AMR) a été examinée et qu'il a été déterminé que vous êtes admissible à ce qui suit :

☐ Admissible ☐ N/A **Assistance Financière pour Réfugiés (AFR)**

Nous avons examiné votre demande d'Assistance Financière pour Réfugiés et avons déterminé que vous êtes admissible à une allocation initiale d'un montant de _____ pour la période de (date de dépôt) au _____ (fin du mois). Vous resterez admissible à une allocation continue d'un montant de _____ en fonction du nombre de _____ personnes dans votre groupe d'aide. Veuillez noter que votre admissibilité pourrait prendre fin pour divers motifs : admissibilité à d'autres programmes d'aide, revenus, non-participation aux activités du programme d'aide à l'emploi, refus d'une offre d'emploi, ou atteinte de la fin de votre période d'admissibilité. Si vous atteignez la fin de votre période d'admissibilité, votre dernière allocation sera calculée au prorata.

☐ Admissible ☐ N/A **Assistance Médicale pour Réfugiés (AMR)**

Nous avons examiné votre demande d'Assistance Médicale pour Réfugiés et avons déterminé que vous êtes admissible pour la période du _____ au _____. Veuillez noter que vous devez soumettre une demande d'admissibilité à d'autres programmes d'assistance médicale avant la fin de votre période d'admissibilité afin d'éviter toute interruption de votre couverture médicale.

Informations importantes

- Veuillez adresser toute question concernant votre AFR et/ou votre AMR à l'intervenant mentionné ci-dessus. Si vous estimez que cette décision est incorrecte, appelez votre intervenant au numéro indiqué ci-dessus pour obtenir une explication.
- Vous devez informer votre intervenant de tout changement, tel qu'un emploi ou un changement d'adresse, dans un délai de 10 jours. Tout manquement à cette obligation pourrait entraîner une décision défavorable à votre dossier.
- Si vous avez besoin d'un traducteur, d'un interprète en langue des signes ou de tout autre accommodement pour un handicap, veuillez contacter votre intervenant.

Droits d'appel

Vous avez le droit de faire appel suite à une décision de l'agence. Si vous estimez que la décision est incorrecte, appelez votre intervenant pour obtenir une explication. Vous pouvez également demander une Audience Équitable si vous pensez que la décision est erronée. Les instructions pour demander une Audience Équitable peuvent être

obtenues auprès de votre intervenant. Vous pouvez aussi envoyer une demande écrite indiquant votre nom, votre adresse, votre numéro de téléphone, votre numéro de sécurité sociale et le motif de l'appel à : Division of Hearings and Appeals, PO Box 7875, Madison WI 53707-7875. Si vous demandez une audience équitable avant la date d'entrée en vigueur de la modification, vos allocations continueront d'être versées jusqu'à ce que la décision finale soit rendue. Toutefois, les allocations ne seront pas maintenues au-delà de la période d'admissibilité de 12 mois. Si l'Audience Équitable confirme que vous n'êtes pas admissible aux allocations, vous devrez rembourser les allocations que vous aurez reçues par erreur. Votre demande d'Audience Équitable doit être envoyée dans les 45 jours suivant la date de cet avis de décision. Passé ce délai, l'Examineur d'Audience ne pourra pas étudier la demande.
