

الأهلية لبرنامج المساعدات النقدية للاجئين  
إشعار بالقرار  
Refugee Cash Assistance Eligibility  
Notice of Decision

قد تُستخدم المعلومات الشخصية التي تقدمها لأغراض ثانوية [Privacy Law, s. 15.04(1)(m), Wisconsin Statutes].

الموظف الحالي	
رقم الهاتف	اسم الموظف
منطقة الموظف (إن وُجدت)	
مقاطعة الموظف	
الحالة	
تاريخ إشعار القرار	رقم الحالة
اسم الحال	
طالب العمل	
رقم الهاتف	اسم طالب العمل
عنوان طالب العمل	
قرار الأهلية	
نُعلمك بموجب هذا الإشعار بأنه قد تم مراجعة طلبك للحصول على المساعدات النقدية للاجئين RCA و/أو المساعدة الطبية للاجئين RMA، وتم تحديد أنك مؤهل لما يلي:	
<input type="checkbox"/> مؤهل <input type="checkbox"/> غير منطبق المساعدات النقدية للاجئين RCA	
لقد قمنا بمراجعة طلبك للحصول على المساعدات النقدية للاجئين ووجدناك مؤهلاً لمبلغ مبدئي قدره \$ للفترة من (من تاريخ التقديم حتى نهاية الشهر) وستبقى مؤهلاً لتلقي مبلغ شهري مستمر قدره \$ ، استناداً إلى حجم مجموعة المساعدة البالغ . يرجى العلم بأن أهليتك قد تنتهي بسبب الأهلية لبرامج مساعدة أخرى، أو بسبب الدخل، أو في حال عدم المشاركة في أنشطة برنامج التوظيف، أو عدم قبول عرض عمل، أو عند الوصول إلى نهاية فترة الأهلية، إذا وصلت إلى نهاية فترة الأهلية، فسيتم احتساب دفعتك الأخيرة بشكل نسبي.	
<input type="checkbox"/> مؤهل <input type="checkbox"/> غير منطبق المساعدة الطبية للاجئين RMA	
لقد قمنا بمراجعة طلبك للحصول على المساعدة الطبية للاجئين ووجدناك مؤهلاً للفترة من إلى. يُرجى التقدّم بطلب للاستفادة من برامج المساعدة الطبية الأخرى قبل انتهاء فترة الأهلية لتفادي انقطاع التغطية الصحية.	
معلومات مهمة	
<ul style="list-style-type: none"><li>يرجى توجيه أي استفسارات تتعلق ببرنامج المساعدات النقدية للاجئين (RCA) و/أو برنامج المساعدة الطبية للاجئين (RMA) إلى الموظف المسؤول المذكور أعلاه. إذا كنت ترى أن هذا القرار غير صائب، فيُرجى الاتصال بالموظف المسؤول على الرقم الوارد أعلاه للحصول على توضيح.</li><li>يجب عليك إبلاغ الموظف المسؤول خلال عشرة أيام بأي تغييرات، مثل الحصول على عمل أو تغيير محل الإقامة. عدم القيام بذلك قد يؤدي إلى صدور قرار سلبي بشأن حالتك.</li><li>إذا كنت بحاجة إلى مترجم شفهي، أو مترجم للغة الإشارة، أو أي تسهيلات أخرى بسبب الإعاقة، فيُرجى التواصل مع الموظف المسؤول.</li></ul>	
حقوق الاستئناف	
إذا كنت تعتقد أن قرار الوكالة غير صحيح، فاتصل بالموظف المسؤول لطلب التوضيح. كما يمكنك طلب جلسة استماع عادلة إذا اعتبرت القرار خاطئاً. يمكنك الحصول على إرشادات تقديم طلب جلسة استماع عادلة من الموظف المسؤول، أو إرسال طلب خطي يتضمّن اسمك، عنوانك، رقم هاتفك، رقم الضمان الاجتماعي، وسبب الاستئناف إلى: Division of Hearings and Appeals, PO Box 7875, Madison WI 53707-7875. إذا تقدّمت بطلب جلسة استماع عادلة قبل سريان أي تغيير، فستستمر المزايا حتى صدور القرار النهائي. لن تُصرف المزايا بعد انتهاء فترة الأهلية البالغة 12 شهراً. وإذا أكدت جلسة الاستماع العادلة عدم أهليتك للمزايا، فسيُتوجّب عليك رد أي مزايا صُرفت لك عن طريق الخطأ. يجب تقديم طلب جلسة استماع عادلة خلال 45 يوماً من تاريخ إشعار القرار، وإلا فلن يُقبل طلبك.	