

ဒုက္ခသည်များအတွက် ငွေသားအကူအညီ (RCA)

မရခွင့်ဆုံးဖြတ်ချက်အကြောင်းကြားစာ

Refugee Cash Assistance Ineligibility
Notice of Decision

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

လက်ရှိအလုပ်သမား		
အလုပ်သမားအမည်		ဖုန်းနံပါတ်
အလုပ်သမား နိုင်ငံ	အလုပ်သမား တာဝန်ရှိခရိုင် ဒေသ (ရှိပါက)	
အမှုအခင်း		
အမှုအမည်	အမှုအမှတ်	ဆုံးဖြတ်ချက်ကြေညာသည့်ရက်စွဲ
အလုပ်ရှာဖွေသူ		
အလုပ်ရှာဖွေသူအမည်		ဖုန်းနံပါတ်
လိပ်စာ		

ခံစားခွင့်မရှိခြင်း

သင့်လျောက်ထားမှု ဒုက္ခသည် ငွေကြေးအကူအညီ (RCA) နှင့်/သို့မဟုတ် ဒုက္ခသည် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာအကူအညီ (RMA) များအတွက် ပြန်လည်သုံးသပ်စစ်ဆေးပြီး အောက်ပါ အကြောင်းပြချက်များကြောင့် ခံစားခွင့်မရှိကြောင်း ဆုံးဖြတ်ထားကြောင်း ဤစာဖြင့် အကြောင်းကြားပါသည်။

- ☐ ခံစားခွင့်မရှိခြင်း ☐ မဖြစ်ပါ **ဒုက္ခသည်ငွေသားအကူအညီ (RCA)**
- ☐ RCA ခံစားခွင့်ဖြစ်သည့်ကာလ ပြီးဆုံးသွားပါပြီ။
 - ☐ သင်သည် W-2 သို့မဟုတ် SSI အစီအစဉ်များအတွက် ခံစားခွင့်ရှိကြောင်း ဆုံးဖြတ်ပြီး ထိုအစီအစဉ်များမှတစ်ဆင့် ငွေကြေးအကူအညီ ရရှိမည်ဖြစ်ပါသည်။
 - ☐ သင်သည် ဒုက္ခသည် လက်ငင်းထောက်ပံ့မှု အစီအစဉ် (Refugee Match Grant Program) တွင် ပါဝင်နေပြီး ထိုအစီအစဉ်တွင် ပါဝင်နေသည့်ကာလပတ်လုံး RCA အတွက် ခံစားခွင့်ရှိမည် မဟုတ်ပါ။
 - ☐ လျှောက်ထားသည့်နေ့မတိုင်မီ ရက် ၃၀ အတွင်း အလုပ်ကမ်းလှမ်းချက်တစ်ခုကို ငြင်းဆန်ခဲ့ပါသည်။
 - ☐ အခြား

☐ ခံစားခွင့်မရှိခြင်း ☐ မဖြစ်ပါ

ဒုက္ခသည်ဆေးဘက်ဆိုင်ရာအကူအညီ (RMA)

- ☐ သင်၏ဝင်ငွေ \$ [] သည် လစဉ်ခွင့်ပြုထားသည့် အမြင့်ဆုံးဝင်ငွေပမာဏထက် \$ [] ပိုမိုကျော်လွန်နေပါသည်။ သင်သည် ဤပမာဏ၏ ခြောက်ဆတန်ဖိုး သို့မဟုတ် \$ [] တန်ဖိုးရှိသော ဆေးကုသမှုကုန်ကျစရိတ်များ ရှိလာပါက ခံစားခွင့်ရရှိနိုင်ပါသည်။
- ☐ RMA ခံစားခွင့်ဖြစ်သည့်ကာလ ပြီးဆုံးသွားပါပြီ။
- ☐ သင်သည် ပုံမှန် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာအကူအညီ သို့မဟုတ် BadgerCare အတွက် ခံစားခွင့်ရှိသည်ဟု စိစစ်တွေ့ရှိထားပြီး ထိုအစီအစဉ်မှ ကျန်းမာရေးအာမခံ ခံယူမည်ဖြစ်သည်။ သင်သည် ထိုအစီအစဉ်အောက်မှ ခံစားခွင့်ဆုံးရှုံးသွားပါက [] မတိုင်မီ သင့်အမှုထမ်းထံ ဆက်သွယ်ပြီး RMA အကျိုးခံစားခွင့်ကို မေးမြန်းပါ။
- ☐ အခြား

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။