

(RCA) عدم واجد شرایط بودن کمک نقدی پناهندگان

اعلامیه تصمیم

Refugee Cash Assistance Ineligibility

Notice of Decision

اداره ممکن است اطلاعات شخصی را که ارائه میکنید برای مقاصد ثانویه اداری یا آماری بهکار ببرد [Privacy Law, s. 15.04(1)(m), Wisconsin Statutes].

نام کارمند		شماره تلفن
نام کارمند		شماره تلفن
شهرستان/ولسوالی کارمند		منطقه کارمند (در صورت وجود)

نام پرونده		شماره پرونده	تاریخ صدور اعلامیه تصمیم
نام پرونده		شماره پرونده	تاریخ صدور اعلامیه تصمیم

نام جوینده کار		شماره تلفن
نام جوینده کار		شماره تلفن

درس جوینده کار

عدم واجد شرایط بودن

این اطلاعیه به شما اطلاع میدهد که درخواست شما برای کمک نقدی پناهندگان (RCA) و/یا کمک پزشکی پناهندگان (RMA) بررسی شده و شما بنا بر دلایل زیر واجد شرایط تشخیص نگرديده اید:

کمک نقدی پناهندگان (RCA)

[] عدم واجد شرایط N/A

دوره واجد شرایط بودن RCA به پایان رسیده است.

☐

شما برای مزایای W 2 یا SSI واجد شرایط شده اید و کمک مالی از آن برنامه دریافت خواهید کرد.

☐

شما در برنامه مطابقت (Match Grant) پناهندگان اشتراک دارید و در مدت مشارکت برای RCA واجد شرایط نیستید.

☐

شما در سی روز گذشته پیش از درخواست، یک پیشنهاد شغلی را رد کرده اید.

☐

سایر

☐

کمک پزشکی پناهندگان (RMA)

[] عدم واجد شرایط N/A

درآمد شما \$ است که ماهانه \$ بالاتر از سقف مجاز می باشد. اگر صورتحساب های درمانی شما به شش برابر این

☐

مبلغ یا \$ برسد ممکن است واجد شرایط شوید.

☐

دوره صلاحیت RMA به پایان رسیده است

☐

شما برای برنامه عادی کمک پزشکی یا BadgerCare واجد شرایط شده اید و از آن طریق پوشش درمانی دریافت میکنید. اگر

☐

پیش از واجد شرایط بودن آن برنامه را از دست دادید، برای مزایای RMA با کارمند خود تماس بگیرید.

☐

سایر

☐

اطلاعات مهم

- برای هرگونه پرسش درباره RCA و/یا RMA با کارمند مذکور در بالا تماس بگیرید. اگر این تصمیم را نادرست میدانید، برای توضیح با همان شماره تماس بگیرید.
- شما باید هرگونه تغییر، از جمله اشتغال یا تغییر آدرس را ظرف ۱۰ روز به کارمند خود اطلاع دهید؛ در غیر این صورت ممکن است تصمیمی منفی درباره پروندهتان اتخاذ شود.
- اگر به مترجم زبانی، مترجم زبان اشاره یا سایر تسهیلات مربوط با معلولیت نیاز دارید، لطفاً با کارمند خود تماس بگیرید.

حقوق تجدیدنظر

شما حق دارید به تصمیم اداره اعتراض کنید. اگر تصمیم اداره را اشتباه میدانید، برای توضیح با کارمند خود تماس بگیرید. همچنین می‌توانید در صورت مخالفت با تصمیم، درخواست دادگاه عادلانه نمایید. دستورالعمل‌های درخواست دادگاه عادلانه را می‌توانید از کارمند خود بگیرید یا درخواست مکتوب حاوی نام، آدرس، شماره تلفن، شماره تأمین اجتماعی و دلیل اعتراض را به نشانی زیر بفرستید: **Division of Hearings and Appeals, PO Box 7875, Madison WI 53707 7875.** اگر شما قبل از تاریخ اجرای شدن درخواست دادرسی عادلانه داشته باشید، مزایا تا صدور رأی نهایی ادامه پیدا میکند. مزایا پس از پایان دوره واجد شرایط بودن ادامه نمی‌یابد. اگر دادگاه عادلانه تأیید کند که واجد شرایط نیستید، باید مزایایی را که به اشتباه دریافت کرده‌اید بازگردانید. برای درخواست دادرسی عادلانه باید حداکثر ظرف ۴۵ روز از تاریخ این اعلامیه اقدام کنید؛ در غیر این صورت بازرس دادرسی درخواست را بررسی نخواهد کرد.
