

عدم الأهلية لبرنامج المساعدات النقدية للاجئين إشعار بالقرار

Refugee Cash Assistance Ineligibility
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 وجدت)	
مقاطعة الموظف	
الحالة	
تاريخ إشعار القرار	رقم الحالة
اسم الحال	
طالب العمل	
رقم الهاتف	اسم طالب العمل
عنوان طالب العمل	

عدم الأهلية

يُعلمك هذا الإشعار بأنه قد تمت مراجعة طلبك لبرنامج المساعدات النقدية للاجئين (RCA) و/أو برنامج المساعدة الطبية للاجئين، وتبين أنك غير مؤهل للأسباب التالية:

<input type="checkbox"/> غير مؤهل	<input type="checkbox"/> غير منطبق	برنامج المساعدات النقدية للاجئين RCA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	انتهت فترة الأهلية للحصول على المساعدة النقدية للاجئين.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تم تحديد أنك غير مؤهل للحصول على مزايا W-2، أو SSI، وستتلقى المساعدة المالية من خلال هذا البرنامج.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	انت تشارك في برنامج المنحة التوفيقية للاجئين، ولن تكون مؤهل للحصول على RCA أثناء مشاركتك في هذا البرنامج.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	رفضت عرض عمل خلال 30 يومًا قبل تقديم الطلب.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أسباب أخرى

<input type="checkbox"/> غير مؤهل	<input type="checkbox"/> غير منطبق	برنامج المساعدة الطبية للاجئين
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	دخلك البالغ \$ يتجاوز الحد الأقصى للدخل بمقدار \$ شهريًا. إذا تكبدت نفقات طبية تعادل ستة أضعاف هذا المبلغ، أي ما يعادل \$، فقد تصبح مؤهلًا.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	انتهت فترة الأهلية للحصول على RMA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تبين أنك مؤهل لبرنامج المساعدة الطبية العادية أو برنامج BadgerCare، وستحصل على التغطية الصحية من خلال أحد هذين البرنامجين. إذا فقدت أهليتك لهذا البرنامج قبل ، فاتصل بالموظف المسؤول عن مزايا RMA.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أسباب أخرى

معلومات مهمة

- 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.
- 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.
- إذا كنت بحاجة إلى مترجم شفهي، أو مترجم للغة الإشارة، أو أي تسهيلات أخرى بسبب الإعاقة، فيُرجى التواصل مع الموظف المسؤول.

حقوق الاستئناف

إذا كنت تعتقد أن قرار الوكالة غير صحيح، فاتصل بالموظف المسؤول لطلب التوضيح. كما يمكنك طلب جلسة استماع عادلة إذا اعتبرت القرار خاطئًا. يمكنك الحصول على إرشادات تقديم طلب جلسة استماع عادلة من الموظف المسؤول، أو إرسال طلب خطي يتضمن 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 شهرًا. وإذا أكدت جلسة الاستماع العادلة عدم أهليتك للمزايا، فسيُوجِب عليك رد أي مزايا صُرِفَتْ لك عن طريق الخطأ. يجب تقديم طلب جلسة استماع عادلة خلال 45 يومًا من تاريخ إشعار القرار، وإلا فلن يُقبل طلبك.
