2. DATE	1. COMMUNITY SERVICES OFFICE (CSO)
4. TELEPHONE NUMBER	3. SOCIAL WORKER/CASE MANAGER'S NAME
6. AID TYPE	5. CLIENT'S NAME
8. CLIENT'S e-JAS ID NUMBER	7. CLIENT'S ID NUMBER
10. TELEPHONE NUMBER	9. CLIENT'S AU ID NUMBER
11. CLIENT'S ADDRESS	

Washington State Department of Social & Health Services

ESA Economic Services Administration

خطة سداد الوصي على أموال الإعانات للمدفوعات، تعيين الحالة، إخطار إنهاء التعيين

PROTECTIVE PAYEE PAYMENT PLAN, CASE ASSIGNMENT, AND CLOSURE NOTICE

القسم 1. الإجراء الخاص بالحالة

☐ تعيين الحالة، تاريخ البدء: _____ ☐ تغيير الخطة ☐ إعادة النظر

☐ إنهاء تعيين الحالة، تاريخ السريان: _____

القسم 2. سبب تعيين الحالة (علم على المربع المناسب)

☐ 1. ولي أمر لقاصر (المساعدة المؤقتة للأسر الفقيرة/مساعدة أسر الولاية). WAC 388-460-0040

☐ 2. وجود حالة طارئة تجعل من العسير على القائم برعاية الأطفال من العائلة رعاية الأطفال المعولين. (WAC 388-460-0030)

☐ 3. سوء إدارة الاعتمادات المالية. **(WAC 388-460-0035)**

☐ 4. آخر (WAC 388-460-0035-3):

القسم 3. خطة السداد – استكمل المربعات المنطبقة على حالتك (إذا كانت معروفة)

1. اسم صاحب الملك	2. رقم هاتف صاحب الملك (رمز المنطقة) ( )
3. عنوان صاحب الملك	4. المبلغ الحالي للإيجار/الدفعة $

شركة المرافق	مقدم خدمة رعاية الأطفال
الاسم	الاسم
العنوان	العنوان
رقم الهاتف (رمز المنطقة) ( )	رقم الهاتف (رمز المنطقة) ( )

مدفوعات أخرى أو إرشادات خاصة

القسم 4. اختيار الوصي على أموال الإعانات

1. اسم الوصي على أموال الإعانات

2. عنوان عمل الوصي على أموال الإعانات	3. رقم هاتف الوصي على أموال الإعانات (رمز المنطقة) ( )

القسم 5. التوقيعات

1. توقيع الموظف	التاريخ

تعليقات

☐ في حضور العميل ☐ في غياب العميل

COPIES TO: Social Service/WorkFirst File; Protective Payee Vendor; Client; Financial File

حقوق العميل والإخطار المتعلق بخطة الوصي على أموال الإعانات، DSHS 14-426

إخطار العميل

في حالة الحاجة إلى تعيين حالتك إلى وصي على أموال الإعانات، يلزم إخطار العميل بهذا القرار في غضون عشرة (10) أيام من تاريخ اتخاذ هذا الإجراء.

معلومات جلسات الاستماع العادلة

في حال اعتراضك على أي من قراراتنا، يمكنك المطالبة بعقد جلسة استماع عادلة. للمطالبة بعقد جلسة استماع، اتصل بالمكتب المحلي للوزارة في منطقتك أو أرسل رسالة إلى The Office of Administrative Hearings, PO Box 42489, Olympia WA 98504-2489. يتعين عليك المطالبة بعقد جلسة استماع عادلة في غضون 90 يوماً من تاريخ تلقيك هذا الخطاب.

يمكنك تمثيل نفسك في جلسة الاستماع أو إنابة محامي أو أي شخص آخر من اختيارك لتمثيلك. قد تتمكن من الحصول على استشارة قانونية أو تمثيل قانوني مجاناً. للحصول على مزيد من المعلومات، اتصل بنا أو اتصل بخط الخدمات القانونية للولاية على رقم 1-888-201-1014.

فضلاً عن ذلك، يمكنك المطالبة بإعادة النظر في حالتك، وهو إجراء لا يؤدي إلى تأخير عقد جلسة استماع عادلة مقررة ولا يحل محلها، بيد إنه قد يساعد على حل الخلاف على نحو أسرع. اتصل بالمكتب المحلي في منطقتك للمطالبة بإعادة النظر في حالتك.

عدم التمييز

يتم تقديم خدمات برنامجنا إلى الجميع بغض النظر عن العرق أو اللون أو النوع أو العمر أو الإعاقة أو المعتقدات الدينية أو السياسية أو بلد الميلاد.