STATE OF WASHINGTON
وزارت خدمات اجتماعی و بهداشتی
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

تاریخ :

شماره مشتری: _____
مددکار اجتماعی : _____
زبان : _____
برنامه : _____

ممکن است شما واجدالشرایط تمدید درآمد اضافی تامین اجتماعی (Supplemental Security Income) (SSI) باشید. در رابطه با مدت زمان دریافت SSI مطابق با قانون حمایت از پناهندگان سالخورده و از کار افتاده (Elderly and Disabled Refugees Act)، محدودیت زمانی دریافت SSI تا 9 سال برای برخی از مهاجرین افزایش یافته است. در صورتی که مشخص شود واجدالشرایط دریافت این کمک هزینه هستید، شما مبلغ بیشتری کمک هزینه ماهیانه از طریق SSI نسبت به مبلغ کنونی دریافتی از طریق کمک هزینه عمومی (General Assistance) دریافت خواهید کرد.

شما می بایست درخواست تمدید کمک هزینه های SSI را ارائه نمایید و رضایت نامه بازپرداخت کمک های موقت (Interim Assistance Reimbursement Agreement) (IARA) طبق قانون اجرایی واشنگتن (WAC) 388-400-0025 و 388-448-0200 امضا کنید. این رضایت نامه به مسئولین ایالت واشنگتن اجازه می دهد در صورتی که واجدالشرایط دریافت SSI تشخیص داده شدید، امکان باز پس گیری مقداری از مبلغ پرداخت شده به شما را داشته باشند.

شما می بایست:

1. تاییدیه ای مبنی بر اینکه شما درخواست تمدیدی به اداره امنیت اجتماعی ارائه کرده اید را تحویل دهید.
2. فرم رضایت نامه بازپرداخت کمک های موقت پیوست شده را امضا کرده و تحویل دهید.

آخرین فرصت تحویل این دو مدرک _____ خواهد بود، در غیر این صورت ممکن است ارائه مبلغ مذکور و کمک هزینه پزشکی به شما متوقف شود.

در صورتی که هر گونه سوالی در مورد این نامه برایتان پیش آمده است یا در رابطه با نحوه درخواست تمدید SSI به کمک نیاز دارید، لطفا با من تماس بگیرید.

شما می توانید از ساعت 7 صبح تا 7 بعدازظهر روزهای دوشنبه تا جمعه از طریق شماره تلفن 1-800-772-1213 با اداره امنیت اجتماعی تماس بگیرید. در صورتی که ناشنوا هستید یا از مشکلات ناشنوایی رنج می برید، برای تماس با ما می توانید از خدمات تلفن رایگان TTY با شماره 1-800-325-0778 استفاده کنید.

در صورتی که به هر کدام از تصمیمات اتخاذ شده اعتراض دارید، می توانید درخواست تجدیدنظر پرونده خود را ارائه کنید. همچنین می توانید درخواست حضور در جلسه اجرایی را نیز داشته باشید. شما می توانید درخواست کنید جلسه در دفتر خدمات انجمن محل زندگی تان برگزار شود یا درخواست حضور در جلسه خود را به آدرس پستی OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARING, PO BOX 42489, OLYMPIA, WA 98504-2489 ارسال نمایید. در صورتی که پیش از تغییر کمک هزینه ها یا ظرف مدت زمان 10 روز بعد از دریافت این نامه درخواست برگزاری جلسه اجرایی را ارائه کنید، در طی مدت زمان برگزاری جلسه اجرایی کماکان کمک هزینه ها را دریافت خواهید کرد.

Barcode label

14504