Washington State Department of Social & Health Services
Transforming lives

قرارملاقات مصاحبه برای متقاضی
Interview Appointment for Applicant

PO BOX 11699
TACOMA WA 98411-669

شماره سیستم تلفن مخصوص ناشنوایان 800-209-5446: TTY / TDD
تلفن رایگان: 877-501-2233

Date

شماره شناسایی مشتری: Client ID

Client's Name and Address

Client's Name عزیز:

درخواست شما را در تاریخ Date دریافت کردیم. باید مصاحبه‌ای تا تاریخ Date انجام دهید. می‌توانید با شماره 877-501-2233 تماس بگیرید یا به دفتر مراجعه کنید. ساعات مصاحبه در روزهای دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 3 بعداز ظهر به غیر از روزهای تعطیل می باشد.

مکان: CSO Name and Street Address

اگر تا تاریخ Date مراجعه نکنید، درخواست شما برای ☐ غذای اصلی (Basic Food) ☐ پول نقد (Cash) رد خواهد شد.

بدون مصاحبه درخواست شما برای کمک رد خواهد شد.

جهت مصاحبه ممکن است به بعضی از موارد زیر نیاز داشته باشید:

- شماره تأمین اجتماعی برای افرادی که برایشان درخواست کرده اید
- اسناد شهروندی یا وضعیت تبعه بیگانه قانونی مانند پاسپورت ایالت متحده، اسناد تولد، اسناد مربوط به مهاجرت
- اسناد هویت مانند کارت شناسایی عکس دار
- اسناد مربوط به درآمد از جمله کپی چک ها، ته چک ها، نامه ها یا اظهاراتی از طرف هر شخصی که هزینه خانوار شما را می پردازد
- سایر اسناد مالی مربوطه مانند اسناد ثبت اتومبیل، اظهارنامه بانکی، سهام، اوراق قرضه، بیمه نامه عمر
- اسناد مربوط به هزینه های مراقبت از کودک یا مراقبت از بزرگسالان تحت تکفل مانند رسید صادر شده توسط ارائه دهنده خدمات
- اسناد مربوط به هزینه خانه مانند پرداخت رهن، پرداخت مالیات دارایی، بیمه مالک خانه، رسید اجاره ها، کپی اجاره نامه، صورتحساب برق وآب و غیره، نامه-ای از طرف صاحب خانه
- سایر اسناد مانند صورتحساب های پزشکی پرداخت نشده، حق بیمه سلامتی، وضعیت تغییرات مربوط به مهاجرت یا شهروندی شما، حاملگی پا به ماه، هزینه های مربوط به حمایت از فرزندخواندگی یا مراقبت های فرزندخواندگی

می توانید:

- از طریق وبسایت www.washingtonconnection.org درخواست دریافت مزایا کنید، یا درخواست بازبینی بفرستید یا گزارش تغییرات بدهید.
- اطلاعات را با شماره 888-338-7410 برای ما فکس کنید.

شماره شناسه مشتری خود را بر روی تمامی کپی هایی که برای ما ارسال می کنید بنویسید. شماره شناسایی مشتری شما است.

جهت تماس با یک مدیر WorkFirst رسیدگی به پرونده یا کارمند اجتماعی، با Phone Number (include area c تماس بگیرید.

با شماره 877-501-2233 جهت تنظیم درخواست یا بازبینی، تغییرات مربوط به گزارشات، یا پرسیدن سؤال تماس بگیرید.

لطفاً اگر سؤالی درباره ی این نامه دارید با ما تماس بگیرید.

پیوست(ها) DSHS 14-113 حقوق و وظایف مشتری:

Washington State Department of Social & Health Services

کمک هزینه نقدی و مواد غذایی شما
حقوق و مسئولیت ها
Your Cash and Food Assistance Rights and Responsibilities

نام شخص (سرپرست خانوار)
شماره شناسایی شخص

مسئولیت های شما (شما باید)

- **اطلاعاتی که برای تصمیم گیری در زمینه صلاحیت تان باید در اختیار ما قرار دهید.**
- **در موارد لازم، به ما مدرک ارائه دهید.** ممکن است بتوانیم چنین مدارکی را به نیابت از شما تهیه کنیم. صحت اطلاعاتی که به ما می دهید باید از سوی مقامات رسمی فدرال و ایالتی تایید شود. تایید صحت می تواند شامل تماس های پیگیری از سوی کارکنان سازمان از جمله بازرسان مسئول شناسایی موارد تقلب باشد.
- **اطلاعات گزارش داده شده به سازمان خدمات اجتماعی و انسانی** ممکن است بر صلاحیت شما برای بهره مندی از پوشش خدمات درمانی تحت نظارت مرکز مسئول خدمات درمانی و تبادل مزایای درمانی تاثیرگذار باشد.
- مطابق با آنچه در WAC 388-418-0005 تعیین شده است **تغییرات را گزارش دهید** (مثلاً آدرس و درآمد). چنین تغییراتی را تا روز 10م از ماه بعد از بروز تغییر گزارش دهید.
- در صورت پذیرش کمک هزینه TANF، **با بخش حمایت از کودک (DCS) همکاری کنید.** شما باید به DCS کمک کنید تا برای کودک(کودکان) تحت سرپرستی تان حکم حمایت از کودک تعیین نموده، آن را اصلاح یا اعمال نماید، و همچنین (در صورت نیاز) نسب پدری را تعیین کند. در صورتیکه بتوانید دلیل خوبی ارائه دهید که به اعتقادتان بر آن اساس همکاری با DCS شما یا فرزندانتان یا کودکان تحت سرپرستی تان را در معرض خطر از جانب یک ولی غیرسرپرست قرار می دهد، در این صورت ممکن است بتوانید از همکاری با DCS خودداری نمایید.
- وقتی برای دریافت کمک هزینه نقدی درخواست می کنید و یا چنین کمک هزینه ای را دریافت می کنید، باید برای دریافت درآمد از سایر منابع نیز **درخواست ارائه دهید** و تلاش لازم برای کسب آن را انجام دهید.
- **گزارش ها و بازبینی های لازم را تکمیل نمایید.**
- **مطابق با الزامات کاری** مخصوص به کمک هزینه نقدی و کمک هزینه مواد غذایی **عمل کنید.**
- اگر می خواهید فرد دیگری به جای شما از کمک هزینه مواد غذایی استفاده کند، باید موضوع را به ما اطلاع دهید.
- **با روند بازبینی های کنترل کیفیت ما همکاری کنید.**
- فقط جهت خرید مواد غذایی برای اعضای خانواده خود **از کمک هزینه مواد غذایی استفاده کنید.**
- فقط در جهت منافع اعضای خانواده خود **از کمک هزینه نقدی استفاده کنید.**
- **شما باید شماره های سوشال سکیوریتی (SSN)** یا وضعیت مهاجرت کسانی را ارائه دهید که برای آنها درخواست دریافت کمک هزینه دارید. اگر انتخاب کنید که SSNها یا وضعیت مهاجرت آن دسته از اعضای خانواده که برایشان درخواست کمک هزینه ندارید را ارائه ندهید، در این حالت برای تصمیم گیری درباره صلاحیت، درآمد و منابع کلیه اعضای خانواده همچنان باید مورد تایید قرار بگیرند.

حقوق شما (ما باید)

- **یک فرم درخواست** حاوی نام، آدرس، و امضای شما یا امضای نماینده قانونی تان **را بپذیریم.**
- **به شما کمک کنیم فرم های DSHS را تکمیل کنید.**
- اگر واجد شرایط بهره مندی از خدمات فوری باشید، درخواست های شما برای دریافت مزایای مواد غذایی را طی 7 روز **بررسی کنیم.**
- در صورتیکه هنگام ارائه اسناد و مدارک درخواست رسید داشته باشید، **یک رسید در اختیار شما قرار دهیم.**
- در اکثر موارد، طی 30 روز، تصمیم را به صورت کتبی به شما اعلام کنیم.
- **شما می توانید نپذیرید که با یک بازرس شناسایی زودهنگام تقلب (FRED)** از سوی اداره شناسایی موارد تقلب و پاسخگویی **صحبت کنید.** شما مجبور نیستید این بازرس را به خانه خود راه دهید. می توانید از بازرس بخواهید تا زمان دیگری مراجعه کنید. این کار تاثیری بر صلاحیت شما برای دریافت کمک هزینه نخواهد داشت.
- در صورتیکه با تصمیم اتخاذ شده درباره پرونده از سوی سازمان موافق نیستید، **می توانید درخواست برگزاری رسیدگی اداری نمایید.** همچنین می توانید درخواست کنید که یک ناظر یا سرپرست مسئولیت بازبینی تصمیم یا اقدام مورد اختلاف را به عهده بگیرد، بدون اینکه چنین کاری بر حق شما برای درخواست رسیدگی اداری تاثیری بگذارد.
- ما باید قانون محدودیت 60 ماهه برنامه کمک هزینه موقت برای خانواده های نیازمند (TANF) را **به شما اطلاع دهیم.** این محدودیت زمانی شامل حال کمک هزینه اولیه مواد غذایی، یا یارانه های نگهداری از کودک نمی شود.

مواردی که باید درباره کارت EBT خود بدانید

- **سوء استفاده از مزایا-** مزایای مواد غذایی و نقدی که از طریق کارت EBT توزیع می شود به DSHS امکان می دهد سابقه ای از تراکنش هایی حاکی از نحوه استفاده شما از مزایا را در اختیار داشته باشد. سازمان از اطلاعات تراکنش برای بررسی موارد سوء استفاده از مزایای کمک هزینه نقدی و تبادل مزایای کمک هزینه مواد غذایی با پول نقد یا سایر اقلام باارزش (معامله) استفاده می کند.
- **جایگزینی کارت EBT:** ممکن است برای جایگزین کردن کارت EBT هزینه ای از شما دریافت کنیم. کارت EBT و شماره شناسایی شخصی (PIN) خود را در جای امن و مطمئنی نگه دارید.
- **کارتهای EBT با تراز بالا:** اگر چندین ماه مداوم از مزایای خود استفاده نکنید یا بعد از چند ماه مانده حساب شما بسیار زیاد باشد، ممکن است برای بازبینی وضعیت شما یا نیازتان به مزایا با شما تماس بگیریم.

مواردی که باید بدانید (کمک هزینه اولیه مواد غذایی)

- **ما اطلاعات** افراد متقاضی کمک هزینه اولیه مواد غذایی را برای سایر نهادهای فدرال **ارسال می کنیم** تا از صحت اطلاعات ارائه شده مطمئن شویم. اگر اطلاعاتی نادرست باشد، افراد متقاضی ممکن است کمک هزینه اولیه مواد غذایی دریافت نکنند. اگر فرد اطلاعاتی ارائه دهد که از نادرست بودن آنها آگاه است، امکان پیگیرد قضایی وی وجود دارد. مجازات هایی برای نقض آگاهانه قوانین کمک هزینه اولیه مواد غذایی وجود دارند که از سلب صلاحیت از حضور در برنامه تا تعیین جریمه و یا زندانی شدن احتمالی متغیر هستند.
- **اگر کمک هزینه مواد غذایی خود را بفروشید، اقدام به فروش آن نمایید، مبادله نمایید یا ببخشید،** و در مقابل اقلام باارزشی بدست آورید، مانند دارو، اسلحه، یا هر چیزی به غیر از مواد غذایی مجاز از یک خرده فروش مجاز (معامله)، ممکن است صلاحیت شما برای دریافت مزایای کمک هزینه مواد غذایی سلب شود که مدت زمان این محرومیت می تواند برای اولین تخلف از حداقل یک سال و حداکثر تا پایان عمر تعیین شود. این سلب صلاحیت ادامه پیدا خواهد کرد حتی اگر ایالت واشنگتن را ترک نموده و در ایالت دیگری درخواست دریافت مزایا نمایید.
- **اگر ملزم به رعایت اصول کاری برنامه کمک هزینه اولیه مواد غذایی باشید،** و این کار را انجام ندهید، در بار اول تخطی، ممکن است به مدت یک ماه سلب صلاحیت شوید تا زمانیکه از اصول کاری به درستی پیروی کنید؛ در بار دوم، سه ماه تا زمانی که از اصول پیروی کنید؛ و بار سوم و دفعات بعدی شش ماه تا زمانی که از اصول پیروی کنید.
- اگر مطابق با آنچه در قسمت هشدار جریمه نقض قوانین برنامه کمک هزینه اولیه مواد غذایی آمده، مرتکب تخطی شوید، **ممکن است از برنامه کمک هزینه اولیه مواد غذایی حذف شوید.**
- **اگر می خواهید سازمان هزینه های خانگی را برای کمک هزینه اولیه مواد غذایی مورد محاسبه قرار دهد، این هزینه ها را نیز گزارش دهید.** اگر این هزینه ها را گزارش ندهید و مدرکی برای اثبات درستی آنها ارائه نکنید، در اینصورت اعلام کرده اید که نمی خواهید از این هزینه ها برای تصمیم گیری در مورد اختصاص یافتن کمک هزینه اولیه مواد غذایی بیشتر به شما استفاده کنیم.

مواردی که باید بدانید (کمک هزینه نقدی)

- **با گرفتن کمک هزینه موقت برای خانواده های نیازمند (TANF)** شما حقوق حمایت از کودک و نفقه همسر را در اختیار بخش حمایت از کودک قرار می دهید. این بدان معناست که DCS می تواند مبلغ حمایتی قابل پرداخت به شما را تا سقف مبلغ کمک هزینه دولتی که دریافت کرده اید، نزد خود نگه دارد. وقتی از مزایای TANF استفاده می کنید **باید فوراً به DCS اطلاع دهید که آیا مبلغ حمایت از کودک یا مزایایی دریافت کرده اید یا خیر.**
- **اگر مزایای TANF شما متوقف شود** همچنان باید تغییراتی که بر حمایت از کودک تاثیر می گذارد، مانند رفتن فرزند یا تغییر آدرس را به DCS گزارش دهید.
- **اگر TANF دریافت می کنید، می توانید برای دریافت پول اضافی درخواست کنید** تا در پرداخت هزینه های موقتِ فوری مسکن به شما کمک کند.

مطابق با قوانین حقوق مدنی فدرال و سیاست ها و مقررات حقوق مدنی وزارت کشاورزی ایالات متحده آمریکا (USDA)، USDA و آژانس‌ها، دفاتر و کارمندان و موسسات آن که در برنامه‌های USDA یا اجرای آن شرکت دارند اجازه ندارد افراد را بر اساس نژاد، رنگ پوست، ملیت، جنسیت، دین و مذهب، هویت جنسی (منجمله نحوه ابزار جنسیت)، گرایش جنسی، ناتوانی، سن، وضعیت تأهل، وضعیت خانوادگی یا والدین، درآمد حاصل از برنامه کمک دولتی، عقاید سیاسی، یا تلافی یا انتقام به دلیل فعالیت مدنی قبلی آنان، در هرگونه برنامه یا فعالیت انجام‌شده یا تأمین مالی‌شده از سوی USDA موردتبعیض قرار دهند (همه مبناها برای همه برنامه‌ها مصداق ندارد). موعدهای زمانی جبران خسارت یا ارائه شکایت بسته به برنامه متفاوت است.

افراد دارای ناتوانی که نیاز به وسایل ارتباطی جایگزین (مانند چاپ بریل، چاپ با حروف بزرگ، نوار صوتی، زبان اشاره آمریکایی) برای دریافت اطلاعات برنامه دارند، باید با آژانس مسئول یا مرکز TARGET وزارت USDA از طریق شماره 2600-720 (202) (صوتی یا TTY) تماس بگیرند یا از طریق سرویس Federal Relay Service از طریق شماره 8339-877 (800) با USDA ارتباط برقرار نمایند. علاوه بر این، اطلاعات برنامه به زبان‌هایی غیر از انگلیسی نیز دردسترس می‌باشد.

جهت ارائه شکایت در ارتباط با تبعیض در برنامه، فرم شکایت تبعیض برنامه USDA، (AD-3027) را که در آدرس http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html یا کلیه دفاتر USDA موجود است، تکمیل نموده یا از طریق نامه با USDA مکاتبه نموده در این نامه کلیه اطلاعات درخواستی در فرم را ارائه نمایید. جهت درخواست نسخه‌ای از فرم شکایت، با شماره 9992-632 (866) تماس بگیرید، فرم تکمیلی خود یا نامه را از طریق آدرس ذیل به USDA ارسال نمایید:

1. آدرس پستی:

U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Ave, SW
Washington, D.C. 20250-9410;

2. فکس: 7442-690 (202)؛ یا
3. ایمیل: program.intake@usda.gov

USDA یک ارائه‌دهنده و وام‌دهنده فرصت‌های برابر است.

با امضای این فرم، اعلام می دارم که حقوق و مسئولیت های من در زمینه دریافت مزایا و برنامه های DSHS برای من شرح داده شده است. می دانم که اگر از امضای این متن خودداری کنم، این کار تاثیری بر صلاحیت من نخواهد داشت اما با این حال همچنان مسئول رعایت الزامات برنامه خواهم بود و جریمه های در نظر گرفته شده در برنامه یا مجازات های قضایی شامل حال من خواهد شد.

امضای همراه متقاضی	تاریخ	امضای متقاضی	تاریخ

شماره شناسایی ACES کارمند DSHS: ☐ خودداری از امضا.