

حقوق شما:

تحت برنامه های مزایای عمومی کالیفرنیا



..... برای افرادی که در کالیفرنیا درخواست و یا کمک های همگانی دریافت می کنند

اگر به دلیل معلولیت به کمک احتیاج دارید، به ما بگویید.

مترجم رایگان درخواست کنید

ادارات مزایای عمومی از قوانین فدرال و ایالتی پیروی می کنند و نمی توانند کمک، مزایا یا خدمات دیگری که متفاوت از آنچه به دیگران ارائه می شود را مورد تبعیض قرار داده، مستثنی کرده و یا به شما ارائه ندهند.



ایالت کالیفرنیا

اداره صحت (بهداشت) و خدمات انسانی

بخش خدمات اجتماعی

این جزوه در دفتر رفاه کاونتی محلی تان و از وبسایت

[CDSS website](#) به زبانهای زیر در دسترس است:

- عربی
- ارمنی
- کامبوجی
- چینی
- فارسی
- همونگ
- ژاپنی
- کره ای
- لائو
- مین
- پرتغالی
- پنجابی
- روسی
- اسپانیایی
- تاگالوگ
- اوکراینی
- ویتنامی

همچنین به صورت رایگان در چاپ بزرگ، بریل (خط مخصوص نابینایان) و سی دی صوتی در دسترس است.

این نشریه حقوق شما، نحوه درخواست کمک زبانی یا اسکان مناسب بری معلولیت یا نضع صقو، و نحوه طرح شکایت تبعیض رذ اوضیح می دهد.

برای شکایت علیه CalFresh به اداره فدرال:

فقط برای تبعیض بر اساس نژاد، رنگ پوست، منشاء ملی، معلولیت، سن یا جنسیت:

Centralized Case Management Operation
US Departmentt. Health and Human Services
200 Independence Ave.,
S.W. Room 509F HHH Bldg.
Washington DC, 20201

شکایت آنلاین را اینجا ثبت کنید:

[حقوق عامه \(مدنی\) صحت \(بهداشت\) و خدمات انسانی ایالات متحده پورتال شکایت](#)

(800) 1019-368 (رایگان)

(800) 7697-537 (افراد دارای اختلال شنوایی/گفتاری)

محدودیت های زمانی برای شکایت تبعیض

شما باید ظرف 180 روز از تاریخی که مورد تبعیض قرار گرفته اید، شکایت خود را طرح کنید.

اگر این تبعیض بر سطح مزایا و خدمات شما نیز تأثیرگذار بود، درخواست جلسه استماع (دادرسی) دهید.

تحقیقات تبعیض نمی تواند سطح مزایا یا خدمات شما را تغییر دهد. فقط استماع (دادرسی) ایالتی می تواند این کار را انجام دهد.

شما از تاریخ اطلاعیه مزایای خود 90 روز فرصت دارید تا برای جلسه استماع (دادرسی) درخواست کنید. اگر پس از آن زمان شکایت طرح کنید، یک قاضی تصمیم می گیرد که آیا می توانید جلسه استماع (دادرسی) داشته باشید یا نه.

برنامه های تحت پوشش این جزوه:

- برنامه کمک به فرزندخواندگی (AAP)
- برنامه سوء مصرف الکل و مواد مخدر
- برنامه کمک غذایی کالیفرنیا (CFAP)
- CalWORKs
- برنامه کمک نقدی به مهاجران (CAPI)
- CalFresh (کوپن های غذا)
- برنامه بیمه صحت (سلامت) کودکان (CHIP)
- صلاحیت برای Covered California
- خدمات مراقبت از سالمند/رفاه کودک
- برنامه های مسکن از طریق ادارات خدمات اجتماعی کاونتی
- برنامه خدمات حمایتی در منزل
- کمک به قیومیت خویشاوندی (KinGAP)
- برنامه Medi-Cal و برنامه داکتر دندان (دندانپزشکی) Medi-Cal
- کمک نقدی به پناهندگان
- تأییدهای خانواده منبع (RFA)
- برنامه گزینه تأمین بودجه مراقب نسبی تأیید شده (ARC)
- کمک هزینه خدمات حیوانات

شکایات تبعیض

اگر فکر می کنید مورد تبعیض قرار گرفته اید می توانید شکایت کنید. محل شکایت شما بستگی به این دارد که شکایت شما مربوط به کدام برنامه است.

برای همه برنامه های که اداره کاونتی شما اداره می کند: از اداره کاونتی خود نام، آدرس و شماره تلفن هماهنگ کننده حقوق عامه (مدنی) تان را بخواهید. کاونتی مستقلاً شکایت شما را بررسی میکند.

برای Covered California:

Civil Rights Coordinator Covered California
PO Box 989725
West Sacramento, CA 95789
(916) 228-8764

CivilRights@covered.ca.gov

برای برنامه Medi-Cal و برنامه داکتر دندان (دندانپزشکی) Medi-Cal

شما می توانید با هماهنگ کننده حقوق عامه (مدنی) کاونتی، بخش ایالتی خدمات مراقبت های صحتی (بهداشتی) یا خدمات صحتی (بهداشتی) و انسانی فدرال تماس بگیرید.

Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
PO Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413
(916) 440-7370 یا 711 (سرویس رله کالیفرنیا)

CivilRights@dhcs.ca.gov

برای دیگر برنامه های ایالتی تحت پوشش این جزوه:

واحد حقوق عامه (مدنی)

California Department of Social Services
PO Box 944243, M/S 8-16-70
Sacramento, CA 94244-2430
(866) 741-6241 (رایگان)

crb@dss.ca.gov

برای شکایت علیه CalFresh به اداره

فدرال:

United States Department of Agriculture
Director, Office of Adjudication
1400 Independence Avenue, S.W.
Washington, D.C. 20250-9410
(866) 632-9992 (رایگان) (202) 260-1026
(800) 877-8339 (برای افرادی که مشکل شنوایی دارند)

program.intake@usda.gov

