نموذج طلب عقد جلسة استماع عادلة على مستوى الولاية

الاسم: _____ تاريخ الميلاد: _____

العنوان البريدي: _____

المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____

رقم الهاتف: _____ البريد الإلكتروني: _____

هل تمنحنا الإذن بالتواصل معك عبر البريد الإلكتروني؟

☐ نعم ☐ لا

يُرجى تزويدنا برقم بطاقة تعريف المستفيد (BIC) الخاصة ببرنامج Medi-Cal و/أو رقم الضمان الاجتماعي (SSN)، إذا كان لديك أي منهما: _____

أطلب عقد جلسة استماع عادلة على مستوى الولاية بسبب إجراء اتخذه برنامج الخدمات الاجتماعية متعددة الأغراض لكبار السن (MSSP) يتعلق بما يلي:

☐ إيقاف خدمات ☐ رفض تقديم الخدمات ☐ تخفيض خدمات

سبب طلبي هو:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

(إذا كنت بحاجة إلى مساحة إضافية، فاستخدم ورقة أخرى وأرفقها بهذا النموذج).

اسم موقع برنامج الخدمات الاجتماعية متعددة الأغراض لكبار السن (MSSP):

_____

هل قدمت طعنًا بشأن هذه القضية إلى موقع برنامج الخدمات الاجتماعية متعددة الأغراض لكبار السن:

☐ لا ☐ نعم في أي تاريخ؟ _____

أصدر موقع برنامج الخدمات الاجتماعية متعددة الأغراض لكبار السن (MSSP) قرارًا بشأن الطعن:

☐ لا ☐ نعم في أي تاريخ؟ _____

طلب توفير ترتيبات تيسيريه خاصة

(أكمل هذا القسم فقط إذا كان ينطبق عليك)
أحتاج إلى ما يلي أثناء جلسة الاستماع:

☐ **أحتاج إلى عقد جلسة استماع مستعجلة لأن حالتي تستدعي ذلك على وجه السرعة**. يجب البت في قضيتي على وجه السرعة، ولا أستطيع الانتظار لمدة تصل إلى 90 يومًا. وفيما يلي ما قد يحدث إذا لم يصدر القرار بسرعة:

☐ **استمرار الخدمات/استمرار صرف المخصصات إلى حين الفصل في الطعن: يُرجى الاستمرار في تقديم خدماتي.** إلى أن يصدر القاضي قراره في قضيتي. (صِف الخدمات التي ترغب في استمرارها، واذكر التاريخ الذي أوقف فيه موقع برنامج الخدمات الاجتماعية متعددة الأغراض لكبار السن (MSSP) تلك الخدمات أو يعتزم إيقافها):

☐ **أرغب في الحصول على مترجم فوري مجاني.** أتحدث لغة غير الإنجليزية وأحتاج إلى مترجم فوري أثناء جلسة الاستماع. (ستوفر الولاية مترجمًا فوريًا دون أي تكلفة عليك.)

اللغة/اللهجة: _____

☐ **لديّ إعاقة وأرغب في الحصول على ترتيبات تيسيريه معقولة** لمساعدتي على المشاركة في جلسة الاستماع. والترتيب (أو الترتيبات) التيسيرية الذي أطلبها هي:

☐ **أرغب في أن يتحدث شخص آخر نيابةً عني (ويمثلني) في جلسة الاستماع.**
ويجوز لهذا الشخص الاطلاع على سجلاتي الطبية المتعلقة بجلسة الاستماع هذه وحضورها. والشخص الذي اخترته لتمثيلي هو:

الاسم : _____ رقم الهاتف: _____

العنوان: _____

توقيعي: _____ التاريخ: _____

أرسل هذا النموذج مرفقًا بنسخة من الخطاب (إشعار باتخاذ إجراء) الذي تلقيته من موقع برنامج الخدمات الاجتماعية متعددة الأغراض لكبار السن (MSSP)، إذا كان متوفرًا لديك. (إذا كنت ترغب في الاحتفاظ بنسخة من هذا النموذج لنفسك، فيُرجى تصويره قبل إرساله.)

المعلومات التي تقدمها في هذا النموذج ضرورية لمعالجة طلبك لعقد جلسة استماع. وقد تتأخر معالجة طلبك إذا كان غير مكتمل. وسيُنشئ كبير قضاة جلسات الاستماع ملفًا خاصًا بقضيتك. ويحق لك الاطلاع على المستندات التي يتضمنها هذا الملف، ويمكنك القيام بذلك عن طريق التواصل مع وحدة الاستفسارات والردود العامة (Public Inquiry and Response). وقد تتم مشاركة أي معلومات تقدمها مع مكتب برنامج الخدمات الاجتماعية متعددة الأغراض لكبار السن (MSSP) ومع إدارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية.