

# حقوق شما:

تحت برنامه های مزایای عمومی CALIFORNIA



..... 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 بهداشت و خدمات انسانی

دپارتمان خدمات اجتماعی

این دفترچه در دفتر رفاه شهرستان محلی تان و از وب سایت [CDSS website](http://CDSS website) به زبانهای زیر در دسترس است:

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

همچنین به صورت رایگان در چاپ بزرگ، بریل و سی دی صوتی در دسترس است.

این نشریه حقوق شما، نحوه درخواست کمک زبانی یا اسکان مناسب برای معلولیت یا نقص عضو، و نحوه طرح شکایت تبعیض را توضیح 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 Dept. Health and Human Services  
200 Independence Ave.,  
S.W. Room 509F HHH Bldg.  
Washington DC, 20201

شکایت آنلاین را اینجا ثبت کنید:

[حقوق مدنی 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 دادرسی دهید.

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

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

**برنامه های تحت پوشش این رساله:**

- 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 سلامت کودکان (CHIP)
- صلاحیت برای Covered California
- خدمات مراقبت از سالمند/رفاه کودک
- برنامه های مسکن از طریق ادارات خدمات اجتماعی شهرستان
- برنامه خدمات حمایتی در منزل
- کمک به قیومیت خویشاوندی (KinGAP)
- برنامه Medi-Cal و برنامه دندانی/شکی 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 هایی که اداره شهرستان شما اداره می کند:** از اداره شهرستان خود نام، آدرس و شماره تلفن هماهنگ کننده حقوق مدنی تان را بخواهید. شهرستان مستقلاً شکایت شما را بررسی می کند.

**برای Covered California:**

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

[CivilRights@covered.ca.gov](mailto:CivilRights@covered.ca.gov)

**برای برنامه Medi-Cal و برنامه دندانی/شکی Medi-Cal**

شما می توانید با هماهنگ کننده حقوق مدنی شهرستان، دپارتمان ایالتی خدمات مراقبت های بهداشتی یا خدمات بهداشتی و انسانی فدرال تماس بگیرید.

Department of Health Care Services,  
Office of Civil Rights

P.O. Box 997413, MS 0009  
Sacramento, CA 95899-7413  
(916) 440-7370 یا 711 (سرویس رله کالیفرنیا)

[CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov)

**برای سایر برنامه های ایالتی تحت پوشش این دفترچه:**

واحد حقوق مدنی

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

[crb@dss.ca.gov](mailto: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](mailto:program.intake@usda.gov)

**حقوق شما:**

همه افراد و سازمان های ارائه دهنده کمک عمومی باید به حقوق شما احترام بگذارند. آنها می توانند به شما کمک کنند مزایا و خدمات را متوجه شده و آنها را درخواست کنید.

- You have the right to an interpreter free of charge.
- يحق لك الحصول على مترجم فوري مجاناً
- Tmf mlhlf pwpqñwñšh hpaqlmñf' wñlqwp
- អ្នកមានសិទ្ធិរកបានអ្នកបកប្រែ ដោយមិនអស់លុយ
- 您有權免費獲得口譯員。
- شما حق دارید یک مترجم رایگان دریافت کنید
- आपको दुभाषिये की सेवाएँ मुफ्त प्राप्त करने का अधिकार है।
- Koj yeej muaj cai mus siv ib tus txhaislus dawb.
- あなたは通訳サービスを無料で受ける権利を有されています。
- 귀하는 무료로 통역 서비스를 요청할 수 있는 법적 권리가 있습니다.
- ທ່ານມີສິດທິໄດ້ຮັບບໍລິການຈາກສ່າມແປລາຊາທາງຮາງລັດຢ່າຄ່າ
- Meih maaih leiz duqv zipv maiv zuqc cuotv nyaanh nyei faan waac mienh.
- Você tem o direito de solicitar um intérprete gratuitamente.
- ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਮੁਫ਼ਤ ਵਿੱਚ ਦੁਬਾਸ਼ੀਏ ਦੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ।
- Вы имеете право на бесплатные услуги переводчика.
- Usted tiene derecho a servicios gratuitos de un intérprete.
- May karapatan ka sa isang tagasalin, nang walang bayad.
- ທ່ານມີສິດທິທີ່ຈະໄດ້ຮັບບໍລິການຈາກສ່າມແປລາຊາທາງຮາງລັດ
- Ви маєте право на безкоштовні послуги перекладача.
- Bạn có quyền phiên dịch, miễn phí.

به اداره مسئول مزایا یا خدمات خود برای مساعدت زبانی درخواست دهید.

**شما حق این را دارید که:**

- بفهمید که برای درخواست یا مزایای شما چه اتفاقی می افتد.
- درباره درخواست یا مزایای خود توضیحات کتبی و شفاهی دریافت کنید. شما حق داریدیک مترجم رایگان برای این اطلاعات دریافت کنید. به اداره مسئول مزایا/خدمات خود برای مساعدت زبانی درخواست دهید.
- اگر اداره دولتی توضیحات کتبی را به زبان های غیر انگلیسی ارائه کرده باشد، شما حق دارید این اطلاعات را به این زبان ها دریافت کنید.

4. برای اسنادی که تحویل دستی می دهید، رسید بگیرید.

5. سوابق پرونده خود را مشاهده کنید

6. قوانین و مقررات مربوط به برنامه خود را مشاهده کنید.

7. از یک قاضی بخواهید هرگونه اقدام یا عدم اقدام اداری درباره صلاحیت، مزایا یا خدمات شما را بررسی کند.

8. در درخواست برای یا هنگام دریافت مزایا یا خدمات برنامه، در مورد شما تبعیض قائل نشوند.

9. در مورد تبعیض طرح شکایت کنید.

10. اگر دارای معلولیت یا نقص هستید، یک ”محل اسکان مناسب“ دریافت کنید. این کمک ویژه ای برای شما جهت دسترسی یا شرکت کردن در برنامه است.

11. اطلاعات خود را محرمانه نگه دارید.

12. با ادب و احترام با شما رفتار شود.

**اگر با مزایا یا خدمات خود مشکلی دارید:**

**سوابق** تمام اطلاعات، اسناد و تماس های خود با اداره را **نگه دارید**.

وقتی چیزی را تحویل می دهید **رسید بگیرید**.

**شخصی را با خود** به جلسه با اداره **بیاورید**.

**شکایت کنید**. برای انجام این کار 4 راه وجود دارد:

**غیر رسمی:** می توانید درخواست صحبت با یک سرپرست بدهید تا در مورد مشکلات مددکار حرف بزنید یا قوانین و اقدامات پیشنهادی در مورد مزایا یا خدمات خود را مرور کنید.

**دادرسی ایالتی:** اگر با اقدام یا عدم اقدام یک اداره در مورد مزایا یا خدمات خود موافق نیستید، درخواست جلسه دادرسی ایالتی نمایید. شما باید ظرف **90** روز از تاریخ اخطار اداره در مورد مزایا یا خدمات، درخواست جلسه دادرسی کنید. اگر پس از **90** روز خواستار جلسه دادرسی شوید، قاضی باید بررسی کند که آیا شما دلیل مناسبی برای تأخیر در درخواست مانند بیماری یا معلولیت دارید یا خیر.

**شکایت تبعیض:** به بخش شکایت تبعیض در این دفترچه مراجعه کنید

**شکوائیه:** در صورت داشتن روند رسیدگی به شکوائیه، می توانید به اداره شکایت کنید.

**این کار از مزایای شمابه شکلی که درخواست دادرسی ایالتی محافظت می کند، محافظت نمی کند.**

**دادرسی ایالتی**

اگر آژانس مزایا یا خدماتی را که فکر می کنید باید دریافت کنید به شما نمی دهد، می توانید یک دادرسی ایالتی را نیز درخواست کنید. برای اطلاعات جلسه دادرسی ایالتی به **PUB 412** مراجعه کنید.

**اگر مشکل شما با کمک عمومی(General Assistance)** یا امداد عمومی است، باید یک دادرسی در شهرستان را درخواست کنید.

**اگر مشکل شما با مزایای تأمین اجتماعی** است، باید با سازمان تأمین اجتماعی تماس بگیرید.

**ارسال درخواست برای یک جلسه دادرسی ایالتی**

**سیستم مدیریت پرونده درخواست تجدید نظر آنلاین** - شما می توانید با ایجاد یک حساب کاربری، تمام اطلاعات درخواست تجدیدنظر خود را بصورت آنلاین دریافت کنید، یا یک درخواست آنلاین را بدون حساب کاربری ارائه دهید

تلفن: 1-800-743-8525
ایمیل: [SHDCSU@dss.ca.gov](mailto:SHDCSU@dss.ca.gov)
شماره فکس: 833-281-0905
پست: State Hearings Division
PO Box 944243, MS 21-37
Sacramento, CA 94244-2430

**دادرسی تسریع شده**

اگر مشکلی فوری دارید، می توانید دادرسی ”تسریع شده“ را درخواست دهید تا جلسه دادرسی

زودتر برگزار شود. برای Medi-Cal، این زمانی است که زمان بندی عادی جلسه دادرسی می تواند زندگی، سلامت جسمی یا روحی فرد ثبت نام شده را به طور جدی به خطر بیندازد.

**تبعیض ممنوع**

طبق قوانین ایالتی، ادارات نمی توانند مزایا یا خدمات را انکار نکنند یا کمکی را به شما ارائه دهند که متفاوت از کمکی باشد که به دیگران براساس موارد زیر ارائه می شود:

نژاد، رنگ پوست، تبار، منشاء ملی (از جمله زبان)، تطبیق گروه های قومی، سن، ناتوانی جسمی یا ذهنی، عارضه پزشکی، مذهب، جنس، جنسیت، هویت یا تصویر جنسیتی، خاستگاه جنسی، وضعیت تأهل، همخانگی قانونی، وابستگی سیاسی، تابعیت، وضعیت مهاجرت، و اطلاعات ژنتیکی.

قوانین فدرال همچنین تبعیض در چندین مورد مذکور در بالا، البته نه همه آنها، را منع می کند. قانون فدرال همچنین موارد زیر را نیز ممنوع کرده است:

به تأخیر انداختن یا انکار قرار دادن کودک برای فرزندخواندگی یا برای نگهداری در شیرخوارگاه بر اساس نژاد، رنگ پوست، یا منشاء ملی والدین حاضر برای فرزندخواندگی یا نگهداری، یا کودک؛

محروم کردن هر فرد از فرصت تبدیل شدن به والدین حاضر به فرزندخواندگی یا نگهداری بر اساس نژاد، رنگ پوست، یا منشاء ملی فرد یا کودک مورد بحث.

**نمونه هایی از تبعیض**

آژانس به شما یک مترجم رایگان اختصاص نمی دهد.

یک مددکار به گروه قومیتی مشخصی در مورد برنامه ها و خدمات بیشتر، نسبت به افرادی با قومیت های دیگر می گوید.

این اداره به شما برای دریافت نسخه های چاپ بزرگ یا بریل اطلاعات مکتوب جهت کمک به شما برای ضعف بینایی، کمک نمی کند.

یک مددکار از مذهب یا گرایش جنسی شما آگاه می شود و سپس رفتار متفاوتی با شما دارد.

نمی توانید به قرار ملاقات برسید زیرا ساختمان اداره آسانسور ندارد و شما معلولیتی دارید که برای استفاده از پله محدود می کند.

نمی توانید صندلی چرخدار خود را به اتاق های معاینه، مصاحبه یا دستشویی ها ببرید.

اداره نمی خواهد شما آموزش ببینید زیرا آنها می گویند شما ”خیلی پیر“ هستید.

**محل های اسکان مناسب: کمک ویژه برای افراد دارای معلولیت**

فرد دارای معلولیت جسمی یا ذهنی می تواند این حق را داشته باشد که از یک سازمان دولتی به طور رایگان محل اسکان مناسبی را دریافت کند تا به وی در دسترسی و مشارکت در برنامه ها و خدمات کمک کند. اگر معلولیت دارید و به کمک اضافی نیاز دارید، باید از اداره محلی یا ایالتی مسئول درخواست یا مزایا/خدمات خود، درخواست کنید. اداره باید با شما همکاری کند تا مشخص شود که شما به چه کمکی نیاز دارید. اگر اداره تهیه محل اسکان برای شما را انکار می کند، باید اخطاریه ای مکتوب را با ذکر دلیل انکار به شما ارائه دهد. در این اخطاریه باید حقوق درخواست تجدیدنظر شما ذکر شود.