

# ПОВІДОМЛЕННЯ ПРО ЗМІНИ В ПРОДОВОЛЬЧІЙ ПРОГРАМІ CALFRESH (ДЛЯ РОДИН, ЩО ЗВІТУЮТЬСЯ ПРО СВОЇ ЗМІНИ)

Дата повідомлення: \_\_\_\_\_  
Справа \_\_\_\_\_  
Назва \_\_\_\_\_  
Номер \_\_\_\_\_  
Працівник \_\_\_\_\_  
Прізвище та ім'я: \_\_\_\_\_  
Номер \_\_\_\_\_  
Номер телефону: \_\_\_\_\_  
Адреса \_\_\_\_\_

(ADDRESSEE)

┌ \_\_\_\_\_ ┐  
└ \_\_\_\_\_ ┘

┌ \_\_\_\_\_ ┐  
└ \_\_\_\_\_ ┘

\_\_\_\_\_

Якщо у вас виникли запитання або ви бажаєте отримати додаткову інформацію про цей захід, зверніться до працівника, що веде вашу справу.

**Слухання на рівні штату. Якщо ви вважаєте, що ці дії Округу стосовно вас неправомірні, ви можете вимагати слухання (якщо слухання стосовно цієї заборгованості ще не проводилося). Докладніше див. на зворотній стороні цього аркуша. Пільги можуть не зазнати жодних змін, якщо ви вимагатимете слухання до моменту набуття цим рішенням чинності.**

**ЗМІНИ В НАРАХУВАННІ ПІЛЬГ**

Починаючи з \_\_\_\_\_, розмір ваших щомісячних пільг за продовольчою програмою CalFresh буде змінено з \$ \_\_\_\_\_ до \$ \_\_\_\_\_ у зв'язку з тим, що:

Ви вже раніше отримували сповіщення про переплату суми пільг за продовольчою програмою CalFresh і наразі ви отримуєте менший розмір пільг, оскільки Округ зменшив вашу щомісячну ставку пільг на 10% або \$10 (залежно від того, яка з цих сум більша) з метою повернення переплати з отриманих вами пільг за програмою CalFresh, які не мали вам нараховуватися. Рішення, винесене судом на слуханні на рівні штату або внаслідок підписання вами договору про надання згоди на позбавлення права або адміністративної відмови від слухань із позбавлення права, передбачає, що така переплата є наслідком умисного порушення правил програми. Наразі ваша щомісячна сума пільг буде змінена, тому що Округ почав зменшувати ставку пільг на 20% або \$10 (залежно від того, яка з цих сум більша). Про будь-які інші змінення вашої щомісячної частки пільг вам буде повідомлено також за допомогою цієї форми.

**ЗАПРОПОНОВАНІ ЗМІНЕННЯ В НАРАХУВАННІ ПІЛЬГ**

Починаючи з \_\_\_\_\_, пільги за продовольчою програмою CalFresh може бути зменшено або їх виплату припинено, якщо ми не отримаємо відомості, необхідні для визначення вашого права на подальше отримання пільг або встановлення правильного розміру виплат разом зі звітом про зміни (ФОРМА CF 377.5 CR). Ми повинні отримати ці відомості до першого числа наступного місяця:

У разі, якщо на наш запит про перевірку витрат ви не змогли надати підтвердження, такі витрати не будуть ураховані під час обчислення суми пільг на наступний місяць. Крім того, якщо ви не надасте інші обов'язкові відомості, яких ми вимагаємо, ваші пільги може бути зменшено або їх виплату припинено.

**Правила.** До наведених вище дій застосовуються такі правила:  
Ви можете ознайомитися з ними у відділі соціального забезпечення.

**ЖОДНИХ ЗМІН У ПІЛЬГАХ**

Ваші пільги за продовольчою програмою CalFresh жодним чином не змінилися внаслідок отримання нами потрібних документів і відомостей, тому що:

**ПРИПИНЕННЯ ВИПЛАТ**

Починаючи з \_\_\_\_\_, отримання пільг за продовольчою програмою CalFresh було припинено, тому що:

Залежно від того, з яких причин припинено виплату пільг, вашу родину також може бути позбавлено права участі в продовольчій програмі CalFresh до \_\_\_\_\_. Подати повторну заяву на відновлення пільг можна наприкінці періоду позбавлення права участі.

## ВАШІ ПРАВА НА СЛУХАННЯ

Якщо ви не згодні з будь-якою дією округу, ви маєте право подати запит на слухання. Для того щоб подати його, ви маєте тільки 90 днів. 90-денний період починається з дня отримання (поштою) цього сповіщення від округу. Якщо ви мали вагомні причини, які завадили вам подати запит на слухання в межах 90 днів, ваше право на слухання зберігається. Якщо ви повідомите про вагомні причини, слухання може бути заплановане.

Якщо ви подасте запит на слухання перед тим, як процедура щодо програм Cash Aid, Medi-Cal, CalFresh або Child Care буде здійснена:

- Умови програм Cash Aid або Medi-Cal залишатимуться такими самими протягом періоду очікування слухання.
- Послуги Child Care (соціального забезпечення дітей) можуть залишатися такими самими протягом періоду очікування слухання.
- Ваші пільги за програмою CalFresh залишатимуться такими самими до слухання або завершення періоду сертифікації, залежно від того, що відбудеться раніше.

Якщо згідно з рішенням слухання ми будемо праві, на вас покладатиметься зобов'язання оплатити нам усі отримані додаткові послуги за програмами Cash Aid, CalFresh або Child Care. Щоб ми зменшили або скасували пільги до слухання, поставте позначку:

Так, зменшити або скасувати:  Cash Aid  CalFresh  
 Child Care

**Протягом очікування на рішення слухання щодо:**

### Програми Welfare to Work:

Ви не повинні брати участь у діяльності.

Ви можете отримувати виплати на догляд за дитиною через роботу або діяльність, що були ухвалені округом перед сповіщенням.

Якщо ми повідомимо про скасування виплат за інші види допоміжних послуг, ви більше не отримуватимете виплати, навіть якщо продовжуватимете діяльність.

Якщо ми повідомимо про оплату нами інших допоміжних послуг, вони будуть оплачені у розмірі та способом, що будуть повідомлені у сповіщенні.

- Щоб отримати такі допоміжні послуги, ви повинні займатися діяльністю, про яку вам повідомить округ.
- Якщо розмір допоміжних послуг, оплачуваних округом, протягом очікування рішення слухання, буде недостатнім для участі, ви можете припинити займатися такою діяльністю.

### Програми Cal-Learn:

- Ви не можете брати участь у програмі Cal-Learn, якщо ми повідомили про те, що не можемо обслуговувати вас.
- Ми оплачуватимемо допоміжні послуги Cal-Learn тільки щодо ухваленної діяльності.

## ІНША ІНФОРМАЦІЯ

**Учасники плану регульованого медичного обслуговування Medi-Cal:** Процедура, зазначена у цьому сповіщенні, може скасувати для вас послуги плану регульованого медичного обслуговування. Якщо у вас є питання щодо послуг для учасників, ви можете звернутися до представників плану медичного обслуговування.

**Допомога для дітей та/або допомога на медичне обслуговування:** Місцева організація з питань забезпечення дітей допоможе вам безкоштовно отримувати допомогу, навіть якщо ви не берете участі в програмі Cash Aid. Якщо організація наразі отримує допомогу для вас, вона й надалі робитиме це, якщо ви не попросите її у письмовій формі припинити цю процедуру. Організація надішле вам зібрану поточну допомогу, але утримає прострочену виплату, що призначається для округу.

**Планування родини:** Заклад соціального забезпечення надасть вам запитану інформацію.

**Справа для слухання:** Якщо ви подасте запит на слухання, Відділ з питань слухань відкриє справу. Ви маєте право ознайомитися зі справою перед слуханням, а також отримати копію позиції округу щодо вашої справи у письмовій формі щонайменше за два дні до слухання. Штат може передати вашу справу для слухання у Департамент соціального забезпечення та Міністерства охорони здоров'я, соціального забезпечення та сільського господарства США (розділи кодексу щодо соціального забезпечення та закладів 10850 та 10950).

NA BACK 9 (Ukrainian) (REPLACES NA BACK 8 AND EP 5) (REVISED 4/2013) - REQUIRED FORM - NO SUBSTITUTE PERMITTED

## ЩОБ ЗАПИТАТИ СЛУХАННЯ:

- Заповніть цю сторінку.
- Зробіть копію лицевого та зворотного боку цієї сторінки та збережіть її.  
Якщо ви попросите, працівник зробить для вас копію цієї сторінки.
- Надішліть або віднесіть сторінку:

### АБО

- Зателефонуйте безкоштовно: 1-800-952-5253 або для осіб з порушенням слуху або мовлення, які використовують TDD, – 1-800-952-8349.

**Щоб отримати допомогу:** Ви можете спитати про свої права щодо слухання або запитати юридичні послуги за номерами безкоштовних телефонів штату, що вказані вище. Ви можете отримати безкоштовну юридичну допомогу в місцевому офісі надання юридичної допомоги або інформації щодо прав на соціальне забезпечення.

**Якщо ви не хочете йти на слухання самостійно, ви можете привести друга або іншу особу.**

### ЗАПИТ НА СЛУХАННЯ

Я хочу подати запит на слухання з приводу процедури Департаменту соціального забезпечення округу \_\_\_\_\_ стосовно:

- Cash Aid  CalFresh  Medi-Cal  
 Інше (вказіть) \_\_\_\_\_

**ПРИЧИНА:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Якщо вам потрібно більше вільного місця, зробіть помітку та вклавіть сторінку.
- Мені потрібні послуги перекладача від штату безкоштовно (родич або друг не може надавати послуги перекладу під час слухання).

Мова (діалект), якою я володію: \_\_\_\_\_

ІМ'Я ОСОБИ, ЧІЙ ПІЛЬГИ БУЛИ ВІДХИЛЕНІ, ЗМІНЕНІ АБО СКАСОВАНІ

ДАТА НАРОДЖЕННЯ \_\_\_\_\_ НОМЕР ТЕЛЕФОНУ \_\_\_\_\_

ФАКТИЧНА АДРЕСА \_\_\_\_\_

МІСТО \_\_\_\_\_ ШТАТ \_\_\_\_\_ ІНДЕКС \_\_\_\_\_

ПІДПИС \_\_\_\_\_ ДАТА \_\_\_\_\_

ІМ'Я ОСОБИ, ЩО ЗАПОВНИЛА ФОРМУ \_\_\_\_\_ НОМЕР ТЕЛЕФОНУ \_\_\_\_\_

- Я хочу, щоб вищезазначена особа представляла мене під час слухання. Я даю цій особі дозвіл на перегляд моїх документів, а також на представлення мене під час слухання (цією особою може бути ваш друг або родич, але він не може надавати послуги перекладу).

ІМ'Я \_\_\_\_\_ НОМЕР ТЕЛЕФОНУ \_\_\_\_\_

ФАКТИЧНА АДРЕСА \_\_\_\_\_

МІСТО \_\_\_\_\_ ШТАТ \_\_\_\_\_ ІНДЕКС \_\_\_\_\_