

ВАЖЛИВЕ ПОВІДОМЛЕННЯ ВІДМОВА ВІД АДМІНІСТРАТИВНОГО СЛУХАННЯ ПРО ДИСКВАЛІФІКАЦІЮ – CALWORKS/CALFRESH

Прочитайте уважно. Підписання цієї відмови може вплинути на Ваші права.

Дата: _____
Номер слухання: _____

_____ вважає, що Ви, _____, вчинили навмисне порушення правил програми (Intentional Program Violation [IPV]). Це означає, що округ стверджує, що Ви навмисне надали округу неправдиву інформацію або Ви навмисне не розповіли правду.

Під «навмисне» округ має на увазі, що Ви зробили це свідомо. Для CalWORKs це означає, що Ви також зробили це з метою встановлення або утримання відповідності Вашого домогосподарства вимогам для участі у програмі або для підвищення чи запобігання зменшенню розміру субсидії. Це спричинило переплату в розмірі _____ в CalWORKs та/або перевидачу в розмірі _____ в програмі CalFresh.

Округ може просити про дискваліфікацію як покарання, навіть якщо не відбулося ні перевиплати, ні перевидачі. Дискваліфікація як покарання за IPV може бути на 6, 12, 24 місяці, на 4 роки, 10 років або, дискваліфіковано назавжди залежно від того, чи це було Вашим першим, другим чи третім порушенням, або з огляду на обставини порушення. Вас також може бути дискваліфіковано для участі в одній чи обох програмах.

Ви маєте право на Адміністративне слухання про дискваліфікацію (Administrative Disqualification Hearing [ADH]). Однак Ви можете відмовитися від свого права на слухання, якщо підпишете сторінку 2 цього повідомлення. Ви не зобов'язані визнавати, що вчинили IPV. Якщо Ви підпишете відмову, Вас буде дискваліфіковано для участі у CalWORKs та/або CalFresh протягом періоду(ів), вказаного(их) внизу цієї форми. Якщо Ви підпишете цю форму, ніякого слухання не буде.

Якщо Ви підпишете цю форму, щоб відмовитись від своїх прав на ADH, Ви повинні знати:

- Ваш прибуток та ресурси все одно буде враховано при визначенні відповідності домогосподарства вимогам для участі у програмі, навіть якщо Вас було дискваліфіковано.
- Якщо у Вашому домогосподарстві є інші члени, виплати за програмами CalWORKs та CalFresh може бути знижено або припинено протягом періоду Вашої дискваліфікації.
- Ви маєте право мовчати щодо звинувачень, однак все, що Ви скажете або підпишете, може бути використано проти Вас у суді.
- Підписання цієї заяви не запобігне переслідуванню Вас за IPV у судовому порядку урядом округу, штату чи федеральним урядом або стягненню будь-яких перевиплат та перевидач.
- Стосовно перевидач CalFresh, сума, яку Ви винні, буде більшою, бо Вам не буде дозволено відраховувати трудовий дохід.

Якщо Ви вирішите НЕ підписувати цю відмову від права на ADH слухання:

- Ваша теперішня відповідність вимогам програми не зміниться протягом того часу, коли Ви очікуєте рішення суду.
- Якщо Ви не підпишете цю відмову, Ваше слухання відбудеться, незважаючи на те, чи присутні Ви, чи ні. Якщо Ви не будете присутнім(ою), Ви, за бажанням, можете подати заяву представникові округу, чие ім'я вказано внизу сторінки 2 цього повідомлення. Вам буде надіслано рішення на основі наданих доказів.
- **Якщо округ надсилає Вам це повідомлення до призначення Вашого слухання, Ви отримаєте інше повідомлення від CDSS, в якому буде вказано день, час та місце. Якщо Ви підпишете цю відмову, покарання можуть бути такими:**

ПОВІДОМЛЕННЯ CALFRESH ДЛЯ ІНШИХ ЧЛЕНІВ ДОМОГОСПОДАРСТВА

Ви та інші дорослі члени домогосподарства будете відповідальними за повернення понаднормових виплат CalFresh, виданих Вашому домогосподарству протягом періоду, визначеного у розділі Е Заяви про IPV у формі DPA 435, доданий до цього повідомлення (навіть якщо Ви або дискваліфікована особа виїдете з цього місця проживання), крім тих випадків, коли суму понаднормових виплат CalFresh було повернено.

ЯКЩО ВИ БАЖАЄТЕ ВІДМОВИТИСЯ ВІД СВОГО ПРАВА НА СЛУХАННЯ, підпишіть та поверніть цю відмову до Відділу соціальних служб штату Каліфорнія протягом 20 календарних днів з дати доданого до цього листа Повідомлення про адміністративне слухання про дискваліфікацію для участі в програмах CalWORKs та/або CalFresh. Якщо Ви не підпишете відмову протягом тих 20 календарних днів, слухання буде призначено. Якщо Ви не є головою домогосподарства, тоді голова домогосподарства також повинен підписати.

Якщо Ви підпишете цю відмову, Вас буде дискваліфіковано для участі у програмі(ах) CalWORKs та/або CalFresh протягом періоду(ів), вказаного(их) на сторінці 1, і суму виплат, які отримує Ваше домогосподарство, може бути знижено, навіть якщо Ви не визнаєте правильність фактів у тому вигляді, як їх було надано округом.

ВІДМОВА ВІД АДМІНІСТРАТИВНОГО СЛУХАННЯ ПРО ДИСКВАЛІФІКАЦІЮ

Я розумію, що підписання цієї форми є цілком добровільним і що непідписання цієї форми не вплине на мою відповідність вимогам для участі у програмі.

Будь ласка, оберіть одне з нижченаведеного:

- Я погоджуюся з фактами в тому вигляді, як їх було надано, і розумію, що дискваліфікація як покарання відбудеться, якщо я підпишу цю відмову.
- Я не згоден(на) з тим, що факти в тому вигляді, в якому їх було надано, відповідають дійсності. Однак я обираю підписання цієї відмови і розумію, що результатом цього буде дискваліфікація як покарання.

Я розумію та підтверджую, що:

1. Округ стверджує, що я навмисне порушив(ла) правила програми (Intentional Program Violation).
2. Я ознайомився(лася) із копією Заяви округу про навмисне порушення вимог, доданою до цього повідомлення (County Allegation of Intentional Program Violation [DPA 435]), включаючи список прямих та непрямих доказів. Якщо я бажаю побачити докази або обговорити цей процес, я можу звернутися до представника округу, чиє ім'я вказано внизу цієї сторінки.
3. Отже, я добровільно відмовляюся від мого права на Адміністративне слухання про дискваліфікацію (Administrative Disqualification Hearing) щодо CalWORKs та/або CalFresh.
4. Я розумію, що, якщо я підпишу цю відмову, я можу змінити моє рішення і подати прохання про ADH, повідомивши про це Відділ державних слухань (State Hearings Division) за номером (800) 743-8525 (дзвінки є безкоштовними) протягом семи (7) днів з дня підписання відмови.

НЕ ПІДПISУЙТЕ ЦЮ ФОРМУ, ЯКЩО ВИ НЕ ЗНАЄТЕ, ЩО ЦЕ ОЗНАЧАЄ!

Підпис відповідача	Дата
Підпис голови домогосподарства (Head of Household [HOH]) / Родича-доглядальника (Caretaker Relative [CR]) (ці особи мають підписати, якщо відповідач не є HOH/CR)	Дата

Після підписання цієї відмови поверніть її у конверті, що додається.

Якщо Ви маєте питання або потребуєте більше інформації щодо ADH або цього запиту щодо відмови, Ви можете зателефонувати округові безкоштовно для Вас за номером _____ та покликати до телефону _____. Якщо Ви бажаєте отримати копію процедур слухання, зателефонуйте за номером (800) 743-8525.