

ОКРУГ

# ПОВІДОМЛЕННЯ ПРОГРАМИ ТАЛОНІВ НА ХАРЧУВАННЯ ПРО ЗАТВЕРДЖЕННЯ

Дата повідомлення: \_\_\_\_\_  
Назва справи: \_\_\_\_\_  
Номер: \_\_\_\_\_  
Ім'я працівника: \_\_\_\_\_  
Номер: \_\_\_\_\_  
Телефон: \_\_\_\_\_  
Адреса: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(ADDRESSEE)

┌ \_\_\_\_\_ ┐  
└ \_\_\_\_\_ ┘

У вас є додаткові питання? Зверніться до працівника, який веде вашу справу.

**Слухання справи адміністрацією штату:** Якщо ви вважаєте, що дана дія є неправильною, ви можете попросити про слухання вашої справи адміністрацією штату. На звороті даної сторінки, написано, як це можна зробити. Ваші пільги не можуть бути змінені, якщо ви просите про слухання до того, як така дія відбудеться.

**ВАШУ ЗАЯВУ НА ОТРИМАННЯ ПІЛЬГ ЗА ПРОГРАМОЮ ТАЛОНІВ НА ХАРЧУВАННЯ БУЛО ЗАТВЕРДЖЕНО.**

Ваше право на отримання пільг затверджено на період з \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_.

Для розрахунку ваших пільг ми використовували надану вами інформацію. Якщо нічого не зміниться, ви отримаєте:

\$ \_\_\_\_\_ за \_\_\_\_\_ на \_\_\_\_\_ осіб.

\$ \_\_\_\_\_ за \_\_\_\_\_ на \_\_\_\_\_ осіб.

\$ \_\_\_\_\_ за \_\_\_\_\_ на \_\_\_\_\_ осіб.

- Ваше право на отримання талонів починається у той же день, що і грошова допомога.
- Пільги, які ви отримуєте протягом першого місяця, включають більше, ніж один місяць допомоги через дату затвердження вашої заявки.
- Пільги, які ви отримуєте протягом першого місяця, були пропорційно змінені відповідно до дати подання заявки.

**У ЗВ'ЯЗКУ З ТИМ, ЩО ТАЛОНИ НА ХАРЧУВАННЯ ВАМ ПОТРІБНІ НЕГАЙНО**, ми не вимагали від вас підтвердження такої інформації:

Ви повинні надати нам підтвердження цього до \_\_\_\_\_, або ж ваше право на отримання талонів на харчування буде зупинено. Вам не буде надіслано другого повідомлення. Якщо підтвердження, яке ви надіслали, змінить ваше право чи суму пільг, ми здійснимо відповідні зміни. Вам **не буде** надіслано попереднього повідомлення, поки такі дії не будуть вжиті.

**ЯКЩО ВИ ТАКОЖ ПОДАВАЛИ ЗАЯВКУ НА ОТРИМАННЯ ГРОШОВОЇ ДОПОМОГИ**, і вашу заявку ще не затверджено, ваші пільги за програмою талонів на харчування можуть бути зменшені або призупинені без попередження, якщо заявку на отримання грошової допомоги буде затверджено.

**КОМЕНТАРІ:**

**Правила:** Застосовуються такі правила:  
Ви можете ознайомитися з ними у вашому місцевому відділі соціального забезпечення.

## ВАШІ ПРАВА НА СЛУХАННЯ

Ви маєте право просити про надання слухання, якщо ви не погоджуєтесь з діями округу. У вас є лише 90 днів, щоб попросити про слухання. Термін 90 днів розпочинається у день, коли округ надав або відправив поштою це повідомлення.

Якщо ви просите про надання слухання до того, як дія по програмах Cash Aid (грошової допомоги), Medi-Cal (медичної допомоги), Food Stamps (талонів на харчування) або Child Care (догляду за дітьми) відбудеться:

- Пільги за програмами Cash Aid або Medi-Cal залишаться незмінними, поки ви чекатимете на слухання;
- Пільги за програмою Child Care Services можуть залишитися незмінними, поки ви чекатимете на слухання;
- Ваші пільги за програмою талонів на харчування залишаться незмінними до слухання або до завершення вашого періоду сертифікації, що станеться раніше.

Якщо рішення суду визнає нашу правоту, ви повинні будете відшкодувати переплачену вам суму за програмами Cash Aid (грошової допомоги), Food Stamps (талонів на харчування) або Child Care Services (догляду за дітьми).

Щоб ми могли зменшити або припинити надання вам пільг, відзначте, що саме: Так, зменшіть або припиніть надання:

- Cash Aid (Грошової допомоги)     Food Stamps (Талонів на харчування)  
 Child Care (допомоги по догляду за дитиною)

Поки ви очікуєте на рішення слухання стосовно програм:

**Welfare to Work (програма штату Каліфорнія з працевлаштування):**

Ви не повинні брати участь у діяльності.

Ви можете отримувати виплати по догляду за дитиною під час роботи або діяльності, затвердженої округом перед даним повідомленням.

Якщо ми повідомили вам, що платежі на інші допоміжні послуги припиняться, ви не отримаєте більше виплат, навіть якщо почнете діяльність.

Якщо ми повідомили вам, що оплатимо інші допоміжні послуги, вони будуть оплачені у сумі та способом, зазначеним у даному повідомленні.

- Для отримання цих допоміжних послуг ви повинні брати участь у діяльності, зазначеній округом.
- Якщо сума допоміжних послуг, яку сплачує округ, поки ви очікуєте на рішення слухання, є недостатньою для вашої участі у діяльності, ви можете припинити брати у ній участь.

**Cal-Learn** (програма штату Каліфорнія з надання освіти батькам-підліткам):

- Ви не можете брати участь у програмі Cal-Learn, якщо ми повідомили, що не можемо надати вам таких послуг.
- Ми будемо оплачувати лише допоміжні послуги програми Cal-Learn за участі у зазначеній округом діяльності.

## ІНША ІНФОРМАЦІЯ

**Особи, які отримують допомогу від плану медичного обслуговування під керівництвом програми Medi-Cal:** Дія за даним повідомленням може припинити отримання вами послуг від плану медичного обслуговування. Ви можете звернутися до організації, що надає вам послуги з медичного обслуговування, якщо у вас виникли запитання.

**Медичне обслуговування та/або аліменти на дітей:** Місцева агенція допомоги дітям безкоштовно допоможе вам стягнути аліменти, навіть якщо ви не отримуєте грошової допомоги. Якщо вони зараз стягують для вас аліменти, вони продовжуватимуть це робити, поки ви письмово не попросите їх припинити цю діяльність. Вони пересилатимуть вам стягнуті аліменти, однак, вираховуватимуть суми, які ви заборгували округу, і строк виплати яких вийшов.

**Планування сім'ї:** Ваш місцевий відділ соціального забезпечення надасть вам інформацію на ваше прохання.

**Справа для слухання:** Якщо ви просите про надання слухання, відділ слухань штату заведе на вас справу. Ви маєте право побачити цю справу до слухання та отримати копію письмової позиції округу стосовно вашої справи, принаймні, за два дні до слухання. Штат може надати вашу справу для слухання Департаменту соціального забезпечення та Департаментам охорони здоров'я й соціального обслуговування і сільського господарства. **(W&I Code Sections 10850 та 10950.)**

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

## ЩОБ ПОПРОСИТИ ПРО НАДАННЯ СЛУХАННЯ:

- Заповніть цю сторінку.
- Зробіть копію обох сторін цього листка для свого архіву. За вашим проханням працівник, який веде вашу справу, зробить вам копію.
- Надішліть або віднесіть цей листок за адресою:

### АБО

- **Зателефонуйте за безкоштовним номером: 1-800-952-5253** або для осіб із порушенням слуху і мовлення, які використовують TDD, **1-800-952-8349.**

**Для отримання допомоги:** Ви можете спитати про ваші права про слухання або про скерування на безкоштовну юридичну допомогу, зателефонувавши за безкоштовним номером штату, зазначеним вище. Ви можете отримати безкоштовну юридичну допомогу у місцевій юридичній консультації або відділі захисту прав отримувачів соціальної допомоги.

Якщо ви не хочете йти на слухання самі, ви можете взяти з собою друга або іншу особу.

## ПРОХАННЯ ПРО НАДАННЯ СЛУХАННЯ

Я хочу просити про надання слухання через дії Департаменту Соціального Забезпечення округу \_\_\_\_\_ стосовно:

- Cash Aid (Грошової допомоги)     Food Stamps (Талонів на харчування)  
 Medi-Cal (Програми медичної допомоги штату Каліфорнія)  
 Іншого (перелічіть) \_\_\_\_\_

Причини: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Якщо вам потрібно більше місця, відзначте цей квадрат і додайте ще один листок.

Я прошу штат надати мені безкоштовного перекладача. (Родич або друг не може перекладати для вас на слуханні).

Моя мова або діалект: \_\_\_\_\_

ІМ'Я ОСОБИ, ЯКІ БУЛО ВІДМОВЛЕНО У ПІЛЬГАХ, АБО ПІЛЬГИ БУЛИ ЗМІНЕНІ ЧИ ЗУПИНЕНІ

ДАТА НАРОДЖЕННЯ	НОМЕР ТЕЛЕФОНУ	
АДРЕСА		
МІСТО	ШТАТ	ПОШТОВИЙ ІНДЕКС
ПІДПИС	ДАТА	
ІМ'Я ОСОБИ, ЯКА ЗАПОВНИЛА ФОРМУ	НОМЕР ТЕЛЕФОНУ	

Я хочу, щоб особа, зазначена нижче, представляла мене на слуханні. Я дозволяю цій особі переглядати мою справу та прийти на слухання від мого імені. (Це може бути друг або родич, але він не може для вас перекладати).

ІМ'Я	НОМЕР ТЕЛЕФОНУ	
АДРЕСА		
МІСТО	ШТАТ	ПОШТОВИЙ ІНДЕКС