

**ПРОГРАММА CALFRESH:  
ИЗВЕЩЕНИЕ ОБ ИЗМЕНЕНИЯХ  
ОТМЕНА ПОЛУГОДОВОЙ ОТЧЕТНОСТИ**

ОКРУГ

Дата извещения : \_\_\_\_\_  
Название дела : \_\_\_\_\_  
Номер дела : \_\_\_\_\_  
Имя работника : \_\_\_\_\_  
Номер работника : \_\_\_\_\_  
Номер телефона : \_\_\_\_\_  
Адрес : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(Addressee)

[ ]

[ ]

С вопросами по поводу этого решения и за дополнительными сведениями обращайтесь к своему социальному работнику.

**Административное слушание. Если Вы считаете, наше решение неправильным, попросите провести административное слушание. Провести слушание нельзя, если слушание по поводу вашего долга уже проводилось. Как попросить, см. на страницах два и три. Если Вы попросите о проведении слушания до того, как наше решение вступит в силу, то до слушания Ваши льготы не изменятся.**

**ОБЗОР ИЗМЕНЕНИЙ**

- Поскольку в вашем домохозяйстве есть только пожилые люди, либо инвалиды, не имеющие заработка, Вам больше не нужно заполнять полугодовой отчет о доходах (форма SAR 7).
- Вам, возможно, нужно будет сообщать об определенных изменениях, в том числе, если ежемесячный доход Вашего домохозяйства до вычета налогов превысит установленный предел "Income Reporting Threshold (IRT)". Округ пришлет Вам форму SAR 2, напоминающую о Вашем IRT. Если до того Вам понадобятся подробности, чтобы знать, когда посылать отчет, позвоните в администрацию округа.
- В настоящее время делать ничего не нужно.
- Вы получите извещение об истечении срока сертификации до окончания периода сертификации. Получив это извещение, вам нужно будет предпринять определенные действия. Какие именно, будет сказано в этом извещении.

**Правила:** На это действие распространяются следующие правила: 7 CFR 273.2(e), 7 CFR 273.2(f), 7 CFR 273.10(f)(1); 7 CFR 273.10(f)(4); 7 CFR 273.14(b)(3). Ознакомьтесь с правилами можно на сайте [cdss.ca.gov](http://cdss.ca.gov) и в местном отделе администрации округа.

## **ВАШИ ПРАВА НА СЛУШАНИЕ**

Если Вы не согласны с любым действием округа, Вы имеете право запросить административное слушание Вашего дела. У Вас есть только 90 дней, чтобы запросить слушание. 90 дней начинаются на следующий день после вручения или отправки Вам этого извещения округом. Если у Вас есть уважительная причина, из-за которой Вы не могли попросить о слушании в течение 90 дней, Вы все равно можете запросить слушание. Если Вы сможете предоставить достаточное основание, слушание может быть запланировано.

**Если Вы попросите о слушании до того, как действие по программам Cash Aid, Medi-Cal, CalFresh или Child Care вступит в действие:**

- Льготы Cash Aid или Medi-Cal останутся без изменений, пока Вы ожидаете слушание.
- Льготы Child Care могут остаться без изменений, пока Вы ожидаете слушание.
- Льготы CalFresh останутся без изменений до слушания или до окончания периода, на который одобряется помощь, в зависимости от того, что закончится раньше.

**Если слушание решит, что мы правы, Вы будете должны нам любые переплаченные суммы по программам Cash Aid, CalFresh или Child Care.** Чтобы разрешить нам уменьшить или остановить ваши льготы до слушания, отметьте ниже:

Да, уменьшите или остановите:

- Cash Aid     CalFresh     Child Care

**Пока Вы ожидаете решения слушания по программам:**

### **Welfare to Work:**

Вы не должны принимать участие в деятельности.

Вы можете получать платежи по присмотру за детьми во время работы и для деятельности утвержденной округом до этого извещения.

Если мы сказали, что платежи на другие вспомогательные услуги остановятся, Вы не получите платежи даже, если Вы станете участвовать в деятельности.

Если мы сказали, что Вы получите платежи на другие вспомогательные услуги, то они будут выплачены в сумме и виде, указанном в извещении.

- Для получения этих вспомогательных услуг, Вы обязаны участвовать в деятельности, указанной округом.
- Если, пока Вы ожидаете решения, сумма вспомогательных услуг, выплачиваемых округом недостаточна для того, чтобы Вы могли продолжать участвовать в деятельности, Вы можете прекратить посещать деятельность..

### **Cal-Learn:**

- Вы не можете участвовать в программе Cal-Learn, если мы сказали, что не можем обслуживать Вас.
- Мы будем оплачивать вспомогательные услуги Cal-Learn, только при посещении утвержденной округом деятельности

## **ПРОЧАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

**Лица, получающие услуги от плана, который находится под руководством**

**Medi-Cal:** Действие этого извещения может остановить получаемые Вами услуги от плана здравоохранения. Если у Вас есть вопросы, обратитесь в организацию, предоставляющую Вам услуги здравоохранения.

**Медицинская поддержка и/или алименты на детей:** Местное агентство по помощи детям бесплатно поможет Вам взыскать алименты, даже если Вы не получаете денежную помощь. Если они взыскивают алименты для Вас в настоящее время, они будут продолжать это делать, пока Вы в письменном виде не попросите их прекратить взыскания. Они будут высылать Вам взысканные алименты, но будут удерживать суммы, срок уплаты которых истек и которые представляют долг округу

**Планирование семьи:** Отдел социального обеспечения предоставит Вам информацию по вашей просьбе.

**Дело слушания:** Если Вы попросите о слушании, отдел слушаний штата откроет дело. Вы имеете право видеть это дело до слушания и получить копию позиции округа по поводу Вашего дела, как минимум, за два дня до слушания. Штат может дать Ваше дело о Департаменту социального обеспечения и департаментам здравоохранения и гуманитарной помощи и сельского хозяйства Соединенных Штатов. **(W&I Code Sections 10850 and 10950.)**

## ЧТОБЫ ЗАПРОСИТЬ СЛУШАНИЕ:

- Заполните эту страницу.
- Сделайте копии с обеих сторон этого листа для своего архива. По Вашей просьбе работник сделает вам копии с этого листа.
- Отправьте или отнесите этот лист по адресу:

### ИЛИ

- Позвоните по бесплатному номеру **1-800-952-5253** или для лиц с нарушенным слухом или речью и пользующимся TDD, звоните бесплатно: 1-800-952-8349.

**Для получения помощи: Вы можете узнать о Ваших правах о слушании или для направления на бесплатную юридическую помощь по бесплатному номеру телефона, указанному выше.** Вы можете получить бесплатную юридическую помощь в местном отделении юридической помощи или в отделе защиты прав лиц, получающих социальную помощь.

Если Вы не хотите идти на слушание сами, Вы можете привести с собой друга или любое другое лицо.

### ЗАПРОС НА АДМИНИСТРАТИВНОЕ СЛУШАНИЕ

Я прошу о слушании по поводу действия Департамента социального обеспечения округа \_\_\_\_\_ в отношении:  Cash Aid  CalFresh  Medi-Cal

Другое (перечислите) \_\_\_\_\_

Причина: \_\_\_\_\_

Если Вам нужно больше места, отметьте здесь и добавьте лист.

Я прошу штат предоставить мне бесплатного переводчика. (Родственник или друг не могут переводить вам на слушании.)

Мой язык или диалект: \_\_\_\_\_

Имя Лица, Которому Было Отказано Во Льготах Или Чьи Льготы Были Остановлены Или Изменены		Дата Рождения	Номер Телефона
Номер Дома, Улица	Город	Штат	Почтовый Индекс
Подпись			Дата
Имя Лица, Заполнившего Форму			Номер Телефона

Я хочу, чтобы указанное ниже лицо предоставляло меня на слушании. Я разрешаю лицу, указанному ниже ознакомиться с моим делом или прийти на слушание от моего имени. (Это лицо может быть Вашим другом или родственником но не может переводить для Вас.)

Имя		Номер Телефона	
Номер Дома, Улица	Город	Штат	Почтовый Индекс