

ОКРУГ

# ИЗВЕЩЕНИЕ ОБ ИЗМЕНЕНИЯХ ПРОГРАММЫ CALFRESH ДЛЯ СЕМЕЙНЫХ ГРУПП ОТЧИТЫВАЮЩИХСЯ ПРИ ИЗМЕНЕНИЯХ

Дата Извещения : \_\_\_\_\_  
Дело : \_\_\_\_\_  
Имя : \_\_\_\_\_  
Номер : \_\_\_\_\_  
Работник : \_\_\_\_\_  
Имя : \_\_\_\_\_  
Номер : \_\_\_\_\_  
Телефон : \_\_\_\_\_  
Адрес : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(ADDRESSEE)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Если у вас есть любые вопросы или вы хотите получить больше информации об этом действии, пожалуйста, обратитесь к вашему работнику.

**Слушание вашего дела: Если вы считаете, что это действие неверно, вы можете попросить о слушании вашего дела, если у вас еще не было слушание в отношении излишне выданной суммы. На обратной стороне этой странице сказано, как это сделать. Получаемые вами льготы не могут быть изменены, если вы попросили о слушании до того, как это действие вступило в силу.**

## ИЗМЕНЕНИЯ В ЛЬГОТАХ

Начиная с \_\_\_\_\_, ваши льготы CalFresh изменяются с \$ \_\_\_\_\_ на \$ \_\_\_\_\_ каждый месяц, по причине:

- Вам уже сообщали о переплате льгот CalFresh и вы получаете меньше льгот CalFresh так как округ уменьшает ваши месячные льготы на 10% или \$10 (наибольшее из двух) для погашения суммы льгот CalFresh, которую вы получили, но не должны были получить. Судом, на административном слушании или так как вы подписали согласие на дисквалификацию (Disqualification Consent Agreement) или отказ от административного слушания (Administrative Disqualification Hearing Waiver), было решено, что эта переплата является умышленным нарушением программы (IPV). Теперь ваши месячные льготы изменены, так как округ может начать уменьшать сумму ваших льгот на 20% или \$10 (наибольшее из двух). Если есть любые другие изменения в ваших месячных льготах CalFresh, в этой форме это будет указано.

## ПРЕДЛАГАЕМЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЛЬГОТ

Начиная с \_\_\_\_\_ числа, ваши льготы CalFresh могут быть уменьшены или прекращены, т.к. информация необходимая для определения вашего дальнейшего права на льготы не была получена с вашим отчетом об изменениях (CF 377.5CR). Мы должны получить следующую информацию не позднее, чем первый день следующего месяца:

Если требуется подтверждение расхода и вы это подтверждение не предоставите, этот расход не будет разрешен при расчете льгот следующего месяца. Также, если вы не предоставите другую запрошенную информацию, ваши льготы могут быть уменьшены или прекращены.

**Правила:** применены следующие правила, которые вы можете увидеть в вашем отделе социальной помощи:

## ЛЬГОТЫ НЕ МЕНЯЮТСЯ

В связи с информацией в документах, которые мы получили, ваши льготы CalFresh не меняются, т.к.:

## ПРЕКРАЩЕНИЕ

Начиная с \_\_\_\_\_ числа, ваши льготы CalFresh прекращаются, т.к.:

- Основываясь на причине прекращения ваших льгот, ваша семейная группа также дисквалифицирована до \_\_\_\_\_ числа от участия в программе CalFresh. Вы можете повторно подать заявление на получение льгот в конце этого периода дисквалификации.

## ВАШИ ПРАВА НА СЛУШАНИЕ

Если вы не согласны с любым действием округа, вы имеете право запросить слушание вашего дела администрацией штата. У вас есть только 90 дней, чтобы попросить о слушании. 90 дней начинаются на следующий день после вручения или отправки вам этого извещения. 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 (денежной помощи), Medi-Cal (мед. помощи), CalFresh или Child Care (присмотр за детьми) 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 программе Child Care 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 программы 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 даст вам информацию по вашей просьбе.

**Дело для слушания:** Если вы попросите о слушании, отдел слушаний штата откроет для вас 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 слушании Департаменту Социального Обеспечения и департаментам Здравоохранения и Гуманитарной Помощи и Социальных Услуг Соединенных Штатов. (W&I Code Sections 10850 and 10950.)

## ЧТОБЫ ПОПРОСИТЬ О СЛУШАНИИ:

- 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.

## ПРОСЬБА О СЛУШАНИИ

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 \_\_\_\_\_

АДРЕС \_\_\_\_\_

ГОРОД \_\_\_\_\_ ШТАТ \_\_\_\_\_ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС \_\_\_\_\_

ПОДПИСЬ \_\_\_\_\_ ДАТА \_\_\_\_\_

ИМЯ ЛИЦА, ЗАПОЛНИВШЕГО АНКЕТУ \_\_\_\_\_ НОМЕР ТЕЛЕФОНА \_\_\_\_\_

Я хочу, чтобы указанное ниже лицо представляло меня на слушании. Я разрешаю этому лицу 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 \_\_\_\_\_

АДРЕС \_\_\_\_\_

ГОРОД \_\_\_\_\_ ШТАТ \_\_\_\_\_ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС \_\_\_\_\_