

ИЗВЕЩЕНИЕ

ОКРУГ _____

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Дата извещения: _____
Дело _____
Название : _____
Номер _____
Работник _____
Имя : _____
Номер _____
Телефон : _____
Адрес : _____

(ADDRESSEE)

┌

└

┌

└

Вопросы? Спросите работника, ведущего ваше дело

Слушание дела администрацией штата:
Если вы считаете, что это действие неправильно, вы можете попросить о слушании вашего дела администрацией штата. На обратной стороне этой страницы объясняется, как это сделать. Ваши льготы не могут измениться, если вы попросите о слушании до того, как это извещение примет силу.

Ваша просьба на получение талонов на питание была удовлетворена. Подтверждено ваше право на льготы с _____ по _____.

Для расчета ваших льгот мы использовали факты, предоставленные вами. Если ничего не изменится, вы получите:

\$ _____ за _____ на _____ лиц.
\$ _____ за _____ на _____ лиц.
\$ _____ за _____ на _____ лиц.

ЕСЛИ ВЫ ТАКЖЕ ЗАПРОСИЛИ ДЕНЕЖНУЮ ПОМОЩЬ, и ваша просьба еще не удовлетворена, ваши льготы программы Талонов на Питание могут быть уменьшены или остановлены, не сообщая вам об этом отдельно, если денежная помощь для вас будет утверждена.

- Ваше право на талоны на питание начинается в тот же день, что и денежная помощь.
- Льготы, которые вы получите за первый месяц, включают в себя больше, чем один месяц помощи в связи с датой утверждения вашей помощи.
- Льготы, которые вы получите за первый месяц, пропорционально изменены с учетом даты подачи вами аппликации.

Ваши льготы равны нулю (\$0), т.к.:

- Сейчас доход вашей семейной группы чересчур высок. Ваши льготы могут увеличиться, если это изменится.
- Льготы вашей семейной группы за _____ были приостановлены, т.к.:

Вы все еще должны заполнить и сдать заполненный ежемесячный отчет (CW 7), иначе подтверждение вашего права на льготы остановится, несмотря на то, что сумма ваших льгот равна нулю (\$0). Не забудьте указать стоимость присмотра за иждивенцами каждый месяц и стоимость проживания и медицинских расходов каждый месяц, когда они меняются.

В СВЯЗИ С ТЕМ, ЧТО ВАМ НУЖНЫ ТАЛОНЫ НА ПИТАНИЕ НЕМЕДЛЕННО, мы не требовали, чтобы вы предоставили нам подтверждение следующего:

Вы обязаны представить нам подтверждение этого до _____, иначе ваше право на льготы талонов на питание остановится. Вы не получите другого извещения. Если подтверждение, которое вы пришлете, изменит ваше право на льготы, мы произведем необходимые изменения. Вы не получите извещения заранее, до того, как мы произведем эти изменения.

Примечания

Правила: Применены следующие правила, с которыми вы можете ознакомиться в отделе социального обеспечения.

ВАШИ ПРАВА НА СЛУШАНИЕ

Если вы не согласны с действием принятым округом, вы имеете право попросить о слушании вашего дела администрацией штата. У вас есть только 90 дней, чтобы попросить о слушании. 90 дней начались на следующий день после вручения или отправки вам этого извещения.

Если вы попросите о слушании до того как действие по программам Cash Aid (денежной помощи), Medi-Cal (Медицинской помощи), Food Stamps (Талонов на питание) или Child Care (Присмотра за детьми) вступит в действие:

- Ваша денежная помощь или медицинская помощь останется без изменения, пока вы ожидаете слушания.
- Ваши услуги по присмотру за детьми могут остаться без изменения, пока вы ожидаете слушания.
- Ваши талоны на питание останутся без изменения до слушания или окончания периода, на который одобряется помощь, смотря что наступит ранее.

Если слушание решит, что мы правы, вы будете должны нам любые переплаченные суммы по услугам программ Cash Aid, Food Stamps или Child Care. Для разрешения нам уменьшить или остановить ваши льготы до слушания, отметьте ниже: Да, уменьшите или остановите:

Cash Aid Food Stamps 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 присмотра 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 сумма вспомогательных услуг, выплачиваемых округом, пока вы ожидаете решения недостаточна, чтобы позволить вам участвовать, 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, вы можете обратиться в организацию, предоставляющую услуги по здравоохранению.

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 не попросите их, в письменном виде, 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 заведет на 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 и 10950.)

ЧТОБЫ ПОПРОСИТЬ О СЛУШАНИИ:

- Заполните эту страницу.
- Сделайте копии с обеих сторон этого листа для своего архива.
По вашей просьбе, ваш 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 пользующихся 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 штата, указанному выше. Вы можете получить бесплатную юридическую помощь в местном отделе 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 слушание по поводу действия Департамента Социального Обеспечения округа _____ в отношении:

- денежной помощи талонов на питание
 Medi-Cal
 другого (перечислите) _____

Причина: _____

- Если вам нужно больше места, отметьте этот квадрат и добавьте еще лист.
 Я прошу штат предоставить мне бесплатного переводчика. (Родственник или друг не может переводить вам на слушании)

Мой язык или диалект: _____

Имя лица, которому было отказано в льготах или льготы были остановлены или изменены

ДАТА РОЖДЕНИЯ _____ НОМЕР ТЕЛЕФОНА _____

АДРЕС _____

ГОРОД _____ ШТАТ _____ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС _____

ПОДПИСЬ _____ ДАТА _____

ИМЯ ЛИЦА, ЗАПОЛНИВШЕГО ЭТУ АНКЕТУ _____ НОМЕР ТЕЛЕФОНА _____

- Я хочу, чтобы указанное ниже лицо представляло меня на слушании. Я разрешаю этому человеку видеть мое дело 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 _____