

ИЗВЕЩЕНИЕ

Продолжение

ОКРУГ

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

Дата извещения: _____
Имя дела: _____
Номер дела: _____
Имя работника: _____
Номер работника: _____
Телефон: _____
Часы работы работника: _____
Круглосуточная информация: _____
Адрес: _____

Вопросы? Обратитесь к работнику, ведущему 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. Ваше пособие не изменится, если вы попросите о слушании до того, как это действие будет осуществлено.

Когда вы получаете оплату каждую неделю или каждую вторую неделю, вот как мы рассчитываем ваш месячный доход:

Во первых мы складываем ваш указанный доход и делим его на количество указанных платежей. Затем мы умножаем эту сумму на среднее количество платежей в месяц.

- Если вам платят каждую неделю, вы можете получить оплату 4 или 5 раз в месяц. 4.33 считается средним количеством платежей в месяц.
- Если вам платят каждые две недели, вы можете получить оплату 2 или 3 раза в месяц. 2.167 считается средним количеством платежей в месяц.

Ваша информация:

_____ Указан доход

\$ _____

\$ _____

\$ _____

\$ _____

+\$ _____

Всего указано = \$ _____

Количество платежей указано ÷ _____

Сумма в неделю = \$ _____

Мультипликатор x _____

Сумма в месяц = \$ _____

Сумма месячной денежной помощи

Секция А. Исчисляемый доход за месяц _____

1. Доход от работы на себя \$ _____
 2. Расходы от работы на себя:
 - a. 40% Стандартные - _____
 - ИЛИ
 - b. Реальные - _____
 3. Чистый доход от работы на себя = _____
 4. Общий доход по нетрудоспособности (DBI)
(группа, получающая помощь + лица, не относящиеся к этой группе) . . . \$ _____
 5. \$225 DBI Скидка (если #4 больше, чем \$225) - _____
 6. Учитываемый доход по нетрудоспособности = _____
 - ИЛИ
 7. Неиспользованная скидка DBI (до \$112) = _____
 8. Чистый доход от работы на себя (с линии сверху) + _____
 9. Общий остальной учитываемый доход + _____
 10. Неиспользованная сумма со скидки \$225 (с линии #7) - _____
 11. Промежуточный итог = _____
 12. Скидка с заработанного дохода 50%. - _____
 13. Промежуточный итог = _____
 14. Учитываемый доход по нетрудоспособности (с линии #6) + _____
 15. Промежуточный итог = _____
 16. Остальной учитываемый доход (группа, получающая помощь + лица, не относящиеся к этой группе) + _____
- Чистый учитываемый доход** = _____

Секция В. Ваша денежная помощь за месяц _____

1. Максимально разрешенная помощь на _____ лиц
(группа, получающая помощь + лица, не относящиеся к этой группе) \$ _____
2. Особые потребности (группа, получающая помощь + лица, не относящиеся к этой группе) + _____
3. Чистый учитываемый доход Из Секции А (сверху) - _____
4. Промежуточный итог = _____
5. Максимально разрешенная помощь на _____ лиц
(только группа, получающая помощь (исключение: максимальная помощь на семью (MFG) или оштрафованные лица) \$ _____
6. Особые потребности (только группа, получающая помощь) + _____
7. Промежуточный итог от максимально разрешенной помощи . . = _____
8. **Промежуточный итог помощи за полный месяц**
(наименьшая сумма с линии 4 или 7) = _____
9. Линия 8 пропорциональна на часть месяца = _____
10. Корректировки: 25% штраф из-за алиментов на содержание детей . . - _____
Другие штрафы - _____
Переплата - _____
Поощрение за школу (\$100 или \$500) + _____
11. **Сумма месячной денежной помощи**
(Линия 8 или 9 скорректированная) \$ _____
12. Сумма денежной помощи в настоящее время (Если эта сумма больше чем #11, ваша денежная помощь не изменится) = _____

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 начались 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 (Талоны на питание) 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 (Food Stamps) Medi-Cal

Другого (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 В ЛЬГОТАХ ИЛИ 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 _____