

ИЗВЕЩЕНИЕ

ОКРУГ

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

Для утвержденных родителей, дальних членов семьи, не являющихся родственниками, семейных домах, содержащих детей на временном воспитании, законных опекунов, не являющихся родственниками или взрослые иждивенцы, проживающие в условиях контролируемого независимого проживания:

Дата извещения: _____

Название дела: _____

Номер социального работника: _____

Имя социального работника: _____

Номер дела: _____

Телефон: _____

Адрес: _____

(ADDRESSEE)

Настоящим извещаем вас, что вам переплатили льготы AFDC временного воспитания на _____

за период с _____ (ИМЯ РЕБЕНКА) _____
по _____ (ММ/ДД/YYY) _____ (ММ/ДД/YYY)

Общая сумма полученная вами: \$ _____

Общая сумма, которую вы должны были получить: \$ _____

Общая сумма переплаты: \$ _____

Дата обнаружения: _____ Удержание разрешено, если затребовано в течение одного года со дня обнаружения.

Вы обязаны выплатить переплаченную сумму в \$ _____.

Причина переплаты:

(A) С _____ (дата) ребенок не проживал в вашем доме и вы не сообщили об этом социальному работнику округа и получали платежи на ребенка, которые вы не имели право получать.

(B) Другое: _____

По закону мы можем взимать переплаченную сумму на временное воспитание, если переплата произошла из-за взрослого присматривающего. Мы не можем требовать от вас выплатить переплаченную сумму, если вы соответствуете **исключению**. Исключениями к выплате являются:

- Переплата произошла исключительно по административной ошибке округа, или
- Округ и временно присматривающий не знали или способствовали причине переплаты.
- Отсутствие несовершеннолетнего было временным и средства использовались для поддержания дома к его возвращению или для их поддержки.

Если вы не согласны с причиной переплаты или суммой переплаты, вы можете запросить слушание. На следующих страницах находятся инструкции для запроса слушания.

Если вы согласны с причиной и суммой переплаты, то в течение 90 календарных дней со дня, когда округ дал или выслал вам это извещение, вы должны сделать одно из следующего:

- 1) Сделать единовременный платеж на полную сумму;

Пожалуйста, оплатите чеком или денежным переводом, выписанным на:

Отправьте по адресу:

- 2) Подпишите договор о выплате. Вы должны связаться с работником, указанным в верхней части этой формы, чтобы обсудить условия выплаты в письменном договоре.

Если у вас есть какие-либо вопросы по поводу расчета или договора о погашении переплаты, пожалуйста, свяжитесь с работником указанным в верхней части этой формы.

Соответствующий закон Welfare and Institutions Code section 11466.24, Manual of Policies and Procedures (MPP) sections 22-009, 45-304, 45-305, and 45-306.

ВАШИ ПРАВА НА СЛУШАНИЕ

Если вы не согласны с любым действием принятым округом, у вас есть право попросить о слушании вашего дела администрацией штата. У вас есть всего 90 дней, чтобы запросить слушание. 90 дней начинаются на следующий день после вручения или отправки вам этого извещения.

Слушание вашего дела администрацией штата: Если вы считаете, что это действие неправильно, вы можете попросить о слушании вашего дела администрацией штата. Получаемые вами льготы не могут быть изменены, если вы попросите о слушании до того, как это действие вступит в силу.

Чтобы запросить слушание:

Если вы считаете, что это действие неправильно, вы можете попросить о неформальном слушании проводимым округом или о формальном слушании вашего дела администрацией штата. Получаемые вами льготы не могут быть изменены, если вы попросите о слушании до того, как это действие вступит в силу.

Для того, чтобы запросить неформальное слушание, ваш запрос должен быть сделан не позже, чем в течение 30 календарных дней после того, как это извещение было выслано вам. Вы можете сделать ваш запрос любым, из следующих методов:

Письменно: _____ По электронной почте: _____

По телефону:
Адрес _____

Ваш запрос должен объяснить, почему вы хотите неформальное слушание и нужен ли вам будет бесплатный переводчик. Если вам будет нужен переводчик, пожалуйста, укажите на каком языке и диалекте вы говорите.

Вы можете опротестовать решение неформального слушания вашего дела округом на формальном слушании вашего дела администрацией штата. Вы можете запросить формальное слушание вашего дела администрацией штата в течение 90 календарных дней после того, как решение неформального слушания было выслано вам. Если неформальное слушание было запрошено, но не проведено, 90-дневный срок начнется через 31 день от даты этого извещения.

Если вы выбрали формальное слушание вашего дела администрацией штата, пожалуйста, обратите внимание, что вы должны запросить слушание в течение 90 календарных дней со дня получения этого извещения.

Если у вас есть какие-либо вопросы, обращайтесь к работнику, указанному вверху этой формы.

TDD - Для лиц с нарушенным слухом

ЧТОБЫ ЗАПРОСИТЬ СЛУШАНИЕ:

- Заполните эту страницу.
- Сделайте копию всех страниц для себя.
- Если вы попросите, работник сделает копию для вас.
- Отправьте или отнесите эту страницу по адресу:

ИЛИ

- Позвоните по бесплатному телефону: 1-800-952-5253 или для лиц с нарушенным слухом или речью воспользуйтесь TDD, 1-800-952-8349.

Для получения помощи: Вы можете узнать о своих правах в отношении слушания администрацией штата или о направлении для получения юридической помощи позвонив по бесплатным номерам, указанным выше. Вы можете получить бесплатную юридическую помощь в местном отделе юридической помощи или отделе защиты прав лиц, получающих социальную помощь.

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

ПРОСЬБА О СЛУШАНИИ

Я прошу слушание по поводу действия Департамента Социального Обеспечения _____ округа в отношении: _____

Переплаты _____

Причина: _____

Если вам нужно больше места, отметьте этот квадрат и добавьте еще лист.

Я прошу штат предоставить мне бесплатного переводчика. (Родственник или друг не могут переводить 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 ФОРМУ _____ НОМЕР ТЕЛЕФОНА _____

Я хочу, чтобы указанное ниже лицо представляло меня на слушании. Я разрешаю этому лицу видеть мое дело или прийти на слушание от моего имени. (Это лицо может быть другом или родственником, но не может переводить для вас.)

ИМЯ _____ НОМЕР ТЕЛЕФОНА _____

АДРЕС _____

ГОРОД _____ ШТАТ _____ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС _____