

**ТОЛЬКО ДЛЯ ОПЕКУНОВ
ПРОГРАММЫ KINSHIP**

Дата Извещения: _____
Название Дела: _____
Номер Работника: _____
Имя Работника: _____
Номер Дела: _____
Телефон: _____
Адрес: _____

(ADDRESSEE)



**ДЛЯ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ ПЛАТЕЖЕЙ ОПЕКИ KINSHIP
(KIN-GAP) ТОЛЬКО ДЛЯ ОПЕКУНОВ:**

Настоящим извещаем вас, что вам переплатили льготы Kin-GAP
Для _____
(ИМЯ РЕБЕНКА)

За месяц (ы) _____

Общая сумма, полученная вами: \$ _____

Общая сумма, которую вы должны получить: \$ _____

Общая сумма переплаты: \$ _____

Дата обнаружения: _____ Удержание разрешено,

если запрос сделан в течение одного года после обнаружения.

Вы обязаны возместить переплату на сумму \$ _____.

Причина переплаты:

- (A) С _____ (числа) поддержка не была предоставлена ребенку/молодежи и вы не сообщили вашему окружному социальному работнику и получали платежи, на которые вы не имели право.
- (B) Другое: _____

По закону мы можем удержать переплаченную сумму Kin-GAP, если опекун Kin-GAP способствовал или был причиной переплаты. Мы не можем требовать выплаты переплаченной суммы, если вы соответствуете **исключению**. Исключениями для выплаты являются:

- Переплата произошла из-за административной ошибки округа, или
- И округ и опекун, не знали или внесли свой вклад в причину переплаты.
- Отсутствие несовершеннолетнего было временным и средства были использованы для поддержания дома к его возвращению или использовались для потребностей несовершеннолетнего.

Если вы не согласны с причиной или суммой переплаты или вы считаете, что соответствуете исключению, вы можете запросить слушание. На следующих страницах сказано, как запросить слушание.

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

- 1) Сделать единовременную выплату общей суммы;
Пожалуйста, оплатите чеком или денежным переводом, выписанным на:

Отправьте:

- 2) Подпишите договор о выплате. Вы должны связаться с работником, указанным в начале этой формы, чтобы обсудить условия письменного договора о выплате.

Если вы не сделаете платеж на полную сумму или заключите письменный договор, вы можете быть подвержены уменьшению платежа на ребенка/несовершеннолетнего, указанного в начале этой формы или гражданского суда.

Если у вас есть какие-либо вопросы в отношении расчета суммы переплаты или о договоре о погашении переплаты, пожалуйста, обратитесь к работнику, указанному в начале этой формы.

Соответствующий закон: Welfare and Institutions Code sections 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 в верху 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 ОСТАНОВЛЕННЫ 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 _____