

# ИЗВЕЩЕНИЕ О ДЕЙСТВИИ

ОКРУГ

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

Дата извещения : \_\_\_\_\_  
Название дела : \_\_\_\_\_  
Номер Имя работника : \_\_\_\_\_  
Номер : \_\_\_\_\_  
Телефон : \_\_\_\_\_  
Адрес : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(ADDRESSEE)

┌  
  
└

┌  
  
└

Вопросы? Спросите Вашего работника.

**Слушание администрацией штата:** Если Вы считаете, что это действие неправильно, Вы можете попросить о слушании. На обратной стороне этой страницы объясняется, как это сделать.

Округ одобрил ваши транспортные расходы для деятельности на период с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ по программе:  
 WTW\*  Cal-Learn\*\*  
 Мы не можем платить больше, чем \$ \_\_\_\_\_ на \_\_\_\_\_ миль за \_\_\_\_\_.  
 Округ одобрил сумму в \$ \_\_\_\_\_ за \_\_\_\_\_ основываясь на стоимости проезда в общественном транспорте.  
 Округ одобрил проездные билеты на автобус или билеты на сумму в \_\_\_\_\_ на \_\_\_\_\_.  
 Округ одобрил оплату другого вида транспорта: \_\_\_\_\_ на сумму в \$ \_\_\_\_\_ за \_\_\_\_\_.  
 Округ предоставит транспорт программы:  
 WTW;  Cal-Learn  
 Округ будет оплачивать транспортные расходы только пока вы посещаете утвержденную для вас  Работу, деятельность программы  WTW  Cal-Learn: \_\_\_\_\_.  
 Округ может продолжить оплачивать транспортные расходы в течение первых 12 месяцев после того, как вы начали работать. Мы будем оплачивать только, если это необходимо, чтобы вы сохранили вашу работу и у вас нет возможности оплатить транспортные расходы из другого источника.

Лимит оплаты транспортных расходов для вас рассчитан в этом извещении.

Оплата за расстояние может быть произведена только, если общественный транспорт не доступен или стоимость будет такая же или ниже, чем на общественном транспорте. Общественный транспорт доступен, если проезд до места деятельности и обратно, без опозданий, занимает два часа или меньше. Вы не можете учитывать время, которое необходимо для передвижения до школы или места присмотра за детьми и обратно. Если вы водите свою машину, даже если общественный транспорт доступен, вам будет выплачено по расценкам общественного транспорта или за мили, в зависимости от того, что ниже.

Транспортные расходы вам будут:  Выплачены авансом  
 Выплачены за прошедшее время  выплачены организации или лицу предоставившему вам транспортные услуги.  
 Другое:

**ВЫ ДОЛЖНЫ СООБЩИТЬ НАМ ЗАРАНЕЕ, ЕСЛИ ВЫ МЕНЯЕТЕ УСЛОВИЯ ВАШЕГО ПЕРЕДВИЖЕНИЯ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ ЭКСТРЕННЫХ СЛУЧАЕВ. В ПРОТИВНОМ СЛУЧАЕ ВОЗМОЖНО, ЧТО МЫ НЕ СМОЖЕМ ОДОБРИТЬ ВАШИ НОВЫЕ УСЛОВИЯ ПЕРЕДВИЖЕНИЯ И ОПЛАТИТЬ ИХ.**

Так как ваша деятельность будет продолжаться меньше 30 дней, вы не получите другое извещение, извещающее вас, когда платежи закончатся.

Если вы считаете, что это извещение неправильно, вы можете позвонить работнику программ WTW/Cal-Learn,

**Правила:** Применены следующие правила, с которыми Вы можете ознакомиться в вашем отделе социального обеспечения: MPP Sections 42-750.112, .2 и .4.  
Welf & Inst.Code 11323.2, 11323.4, 11322.9

общественный транспорт  
\_\_\_\_\_ тариф  
X \_\_\_\_\_ за \_\_\_\_\_  
= \$ \_\_\_\_\_  
 мили на вашей машине  
\_\_\_\_\_ тариф  
x \_\_\_\_\_ за \_\_\_\_\_  
x \_\_\_\_\_ мили  
= \$ \_\_\_\_\_  
 стоянка  
\$ \_\_\_\_\_  месяц  период обучения  другое  
 Другое \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ тариф  
X \_\_\_\_\_ за \_\_\_\_\_  
=\$ \_\_\_\_\_

## 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 \_\_\_\_\_