

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

(ADDRESSEE)

┌

└

Вопросы? Обратитесь к вашему работнику.

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.

Платеж на WTW* Cal-Learn:
 транспортные расходы расходы, связанные с работой или обучением за _____ составляет \$ _____. Эта сумма меньше той, что вы запросили. Лимит платежа не изменился.

ПРИЧИНА:

- Вы должны вернуть нам любые деньги, которые мы дали вам авансом и которые вы не использовали для оплаты вспомогательных услуг WTW Cal-Learn. Мы вычли часть аванса, которая не была использована для оплаты вспомогательных услуг WTW Cal-Learn.
- Мы вычли сумму, которая указана в вашем договоре по выплате переплаченной вам сумме от _____ числа.
- Мы вычли сумму, которая потребуется нам для корректировки переплаты. Вам об этом было сообщено в извещении о переплате от _____ числа.
- Другое:

Ваш платеж на транспортные расходы расходы, связанные с работой или обучением рассчитаны в этом извещении.

Деньги (из расчета расстояния в милях) на проезд могут быть выплачены только, если общественный транспорт недоступен или стоимость его такая же или меньше, чем стоимость общественного. Общественный транспорт считается доступным, если доехать до места деятельности и обратно можно за два часа или меньше. Вы не можете учитывать время, необходимое для того, чтобы отвезти вашего ребенка в дет.сад и обратно. Если вы пользуетесь своей машиной не смотря на то, что доступен общественный транспорт, вам заплатят по тарифу общественного транспорта или за пробег автомобиля, смотря что меньше.

Правила: Применены следующие правила, с которыми вы можете ознакомиться в отделе социального обеспечения: CalWORKs Implementation Guidelines, Sections VII & XII, Welf. & Inst. Code 11323.2, 11323.4, 11322.9

- Ваш платеж \$ _____ за _____ был скорректирован следующим образом, начиная с _____ числа:
\$ _____ Ваш фактический аванс за _____.
- \$ _____ Ваши фактические расходы за этот месяц.
- = \$ _____ Неиспользованная сумма аванса.
- \$ _____ Сумма, запрошенная за _____
- \$ _____ Неиспользованная сумма аванса.
- = \$ _____ Скорректированный платеж.

- Ваш платеж \$ _____ за _____ начиная с _____ числа был скорректирован следующим образом:
\$ _____ Запрошенная сумма.
- \$ _____ Удержанная сумма из-за переплаты.
- = \$ _____ Скорректированный платеж.

Позвоните работнику, ведущему ваше дело, если это изменение платежа обозначает, что вы не сможете продолжать участие в деятельности программы WTW Cal-Learn или вы не сможете принять предложение трудоустройства.

Также, вы можете позвонить работнику программы WTW/Cal-Learn, если вы считаете, что это извещение неправильно.

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 _____