



ПРАВА, ОБЯЗАННОСТИ И ДРУГАЯ ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

По Программам Денежной Помощи и CalFresh и/или управляемой Штатом Программе Медицинского Обеспечения Medi-Cal на 34 округа (CMSP)

На этих страницах указаны ваши права и обязанности и другая важная информация. Округу нужны сведения о вас, чтобы определить, имеете ли вы право на льготы программ денежной помощи и CalFresh и/или управляемой штатом окружной программы медицинского обеспечения Medi-Cal/34 округа CMSP, и чтобы определить размер помощи, если вы имеете на нее право. Если вам нужна дополнительная информация или у вас имеются вопросы, обратитесь к вашему работнику.

Программа денежной помощи включает в себя Калифорнийскую программу возможности трудоустройства и ответственности перед детьми (CalWORKs) и программу Денежной помощи беженцам (RCA).

Программа Medi-Cal/34 округа CMSP включает полную программу медицинского обеспечения Medi-Cal/34 округа CMSP и ограниченную программу медицинского обеспечения Medi-Cal/34 округа CMSP, оказываемой только в экстренных случаях и в период беременности.

ВАШИ ПРАВА

1. Вы имеете право на равное обращение, вне зависимости от расы, цвета кожи, национального происхождения, религиозной принадлежности, политических убеждений, семейного положения, пола, инвалидности, возраста. Вы можете подать жалобу, если вы считаете, что подверглись такой дискриминации, обратившись сначала к назначенному округом защитнику гражданских прав, или написав по адресу:
State Civil Rights Bureau
744 P Street, MS 8-16-70
P.O. Box 944243
Sacramento, CA 94244-2430
или позвонив по бесплатному телефону: 1-866-741-6241 или по телефону для лиц с нарушенным слухом (TDD) 1-800-688-4486.
2. Информировать округ, если у вас есть инвалидность и вам нужна помощь либо в заявлении на получение, либо в продолжении получения денежной помощи, пособий и услуг.
3. Просить о помощи, если вам нужно заполнить форму на получение денежной помощи, CalFresh или программы Medi-Cal/34-округа CMSP.
4. Просить о помощи переводчика, и о том, чтобы формы и извещения были переведены, если вы не говорите или не читаете по-английски.
5. На вежливое, уважительное и учтивое обращение.
6. На скорое собеседование с округом, когда вы запрашиваете помощь, и на определение округом права на получение денежной помощи в течение 45 дней и программу Medi-Cal/34-округа CMSP (или в течение 90 дней для Medi-Cal, если требуется подтвердить факт инвалидности) и 30 дней для льгот программы CalFresh.
7. Обсуждать ваше дело с округом и самому просматривать документацию по вашему делу, по вашей просьбе.
8. Быть информированным о том, как немедленно получить денежную помощь. Если мы определим, что вы имеете право, вы пройдете собеседование в течение одного дня.
9. Быть информированным о том, как немедленно получить CalFresh. Если мы считаем, что вы имеете право на немедленное получение льгот, то вы пройдете собеседование немедленно, и получите льготы CalFresh в течение трех дней.
10. Получать льготы программы Medi-Cal/34-округа CMSP в срочном порядке, если у вас сложилась экстренная медицинская ситуация или вы беременны и вы имеете право на льготы.
11. Продолжать получать непрерывную денежную помощь или медицинское обеспечение Medi-Cal при переезде из одного округа в другой, если вы все еще имеете право.
12. Быть информированным о правилах ретроактивного права (закона обратной силы) на обеспечение программы Medi-Cal.
13. Снизить текущую долю оплаты (Share of Cost) путем включения неоплаченных медицинских счетов, по которым вы все еще должны, когда вы подаете на программу Medi-Cal/34-округа CMSP.
14. Выбирать между Предварительно оплаченным планом мед. обеспечения (PHP), обеспечением по принципу "Услуга-Оплата" (если имеется), Организацией по поддержке здоровья (НМО) или Medi-Cal, когда имеете право на программу Medi-Cal.
15. Просить о замене Удостоверения на получение льгот CalFresh, Карточки медицинского обеспечения Medi-Cal (BIC) и карточки EBT, если они были утеряны на почте, повреждены или уничтожены. Округ проинформирует вас, имеете ли вы на это право.
16. Просить о дополнительной денежной помощи, если ваш доход сократился или прекратился (только по программе денежной помощи).
17. Просить об оплате одежды, жилища или необходимых предметов быта, если таковые были утеряны, повреждены или стали недоступны из-за внезапных, неожиданных или необычных обстоятельств (только по программе денежной помощи).
18. Просить об оплате за такие продолжающиеся особые потребности, как особые диетические потребности, проезд для получения непрерывной медицинской помощи, особые прачечные услуги, телефон для плохо слышащих, высокие счета коммунальных услуг и т.д. (только по программе денежной помощи).
19. Быть информированным в письменном виде, если ваше заявление было одобрено, отказано или когда ваше пособие изменено или остановлено.
20. Данные о вас должны храниться конфиденциально округом и штатом, кроме случаев, когда вы получаете денежную помощь или льготы CalFresh и на вас был выдан ордер на арест за уголовное преступление (felony), или в других случаях, предусмотренных законом.
21. Обращаться к кому-либо из округа или подавать официальную жалобу в штат, если вы не согласны с действием, предпринятым округом. Вы можете позвонить по бесплатному телефону 1-800-952-5253 или для лиц с нарушенным слухом: TDD 1-800-952-8349.
22. Просить о слушании на уровне штата в течение 90 дней с момента действия, предпринятого округом в отношении льгот денежной помощи, CalFresh и Medi-Cal.
23. Просить о слушании на уровне штата, написав в отдел социального обеспечения вашего округа, либо позвонив по бесплатным телефонам, указанным выше в пункте 21.
24. Быть представленным на слушании штата самим собой, членом семейной группы, другом, адвокатом или другим лицом по вашему выбору. ЗАМЕЧАНИЕ: Вы можете получить бесплатную юридическую помощь в местном офисе юридической поддержки или обратившись в группу по защите прав получателей социальной помощи.
25. Иметь приемлемый допуск к месту, где вы сможете снять деньги со счета денежной помощи, без или с минимальной оплатой за услугу.
26. Получить брошюру, в которой будет сказано, как вы сможете пользоваться вашей карточкой электронных расчетов EBT и как вы можете снять деньги со счета денежной помощи, без или с минимальной оплатой за услугу.
27. Получить список банкоматов ATM, которые не взимают плату за услугу и магазинов, в которых вы сможете получить наличные со своего счета EBT, когда вы оплачиваете покупки используя карточку EBT. Вы можете получить этот список у своего работника округа или на интернете, по адресу: www.ebt.ca.gov.

ВАШИ ОБЯЗАННОСТИ

Гражданский/Иммиграционный Статус

Расписаться, сознавая свою ответственность за лжесвидетельство в том, что каждый член семьи, подающий заявление на денежную помощь и льготы CalFresh, является гражданином США, или уроженцем автономных территорий США, или имеет законный иммиграционный статус. Сведения, представленные вами, будут проверены Службой Гражданства и Иммиграции США (USCIS), чтобы удостовериться, что лицо, запрашивающее льготы имеет на них право. Для льгот CalFresh: если в вашем доме есть лица, не запрашивающие льготы CalFresh, вы не должны указывать их гражданский или иммиграционный статус.

Если вы хотите получать льготы программы Medi-Cal/34-округа CMSP, вы должны предоставить декларацию о гражданском/иммиграционном статусе под угрозой наказания за лжесвидетельство. Если вы заявляете, что вы являетесь иностранцем с правом на постоянное жительство (LPR) в США, или амнистированным иностранцем с действительным и продленным разрешением I-688, или иностранцем, постоянно проживающим в США по усмотрению правительства (PRUCOL), ваш иммиграционный статус будет проверен в USCIS. Сведения, представленные в USCIS для проверки иммиграционного статуса заявителя, могут быть использованы только для определения права на программу Medi-Cal/34-округа CMSP и не могут быть использованы для исполнения иммиграционных законов, за исключением случаев заведомого обмана.

Электронное изображение отпечатков пальцев/фотографии

У всех взрослых членов семьи, имеющих право на льготы программы денежной помощи, должны снять электронное изображение отпечатков пальцев и фотографии. Если вы обязаны выполнять это правило, не сняли электронное изображение отпечатков пальцев/фотографии, льготы денежной помощи не будут выданы всей семейной группе. (MPP Section 40-105.3).

Электронные изображения отпечатков пальцев и фотографии сохраняются конфиденциально и могут быть использованы только для предотвращения мошенничества и наказания в случае получения льгот путем мошенничества.

Правила Номеров Социального Страхования (SSN)

Номера SSN будут использованы при компьютерной сверке дохода и других средств с данными, представленными налоговыми органами, органами социальной помощи, по трудоустройству, Администрацией социальной защиты и другими органами. Расхождения могут быть сверены с работодателями, банками и другими. Ложные заявления или непредоставления всех фактов и обстоятельств, влияющих на право получения денежной помощи, талонов на питание или программы Medi-Cal/34-округа CMSP, могут привести к возмещению пособий и/или уголовному или административному наказанию.

Денежная помощь и льготы CalFresh: Вы обязаны дать номера SSN по каждому заявителю или получателю денежной помощи и/или получающему льготы CalFresh. Если вы откажетесь предоставить либо номер SSN, либо доказательство того, что вы подали документы на получение номера SSN, вы не сможете получать денежную помощь или льготы CalFresh. Если в вашем доме есть лица, не запрашивающие льготы CalFresh, вы не должны предоставлять их номер SSN. Для получения денежной помощи, вы должны представить доказательство того, что вы подали документы на получение SSN в течение 30 дней с момента подачи заявления на получение денежной помощи, и предоставить SSN в округ после получения номера (MPP Section 40-105.2).

Каждому заявителю на программу Medi-Cal/34-округа CMSP, утверждающему, что он/она является гражданином США, уроженцем автономных территорий США, имеет статус LPR в США, является амнистированным иностранцем с действительным и продленным разрешением I-688 или имеет статус PRUCOL, будет отказано в получении Medi-Cal, если он/она отказался предоставить либо номер SSN, либо доказательство заявления на получение SSN. Любой иностранец, у которого нет номера SSN, и кто не является амнистированным иностранцем с действительным и продленным разрешением I-688, или не имеет статус LPR или PRUCOL, все же может получать ограниченную Программу Medi-Cal/34-округа CMSP, если он/она ответит условиям предоставления помощи, включая условие постоянного проживания в штате Калифорния.

Доказательство(а)

Предоставлять доказательство того, что вы имеете право на получение помощи. Мы поможем вам в получении доказательства, если вы не в состоянии его предоставить.

Возможно, вам придется подписать разрешение на получение информации от третьей стороны, или подписать заявление под присягой (MPP Sections 40-105.1; 40-157.212; 40-157.213)

Сотрудничество

Содействовать работникам округа, штата и федеральных органов. При получении денежной помощи сотрудник округа может прийти к вам домой в заранее согласованное время, для проверки ваших сведений, включая встречу с каждым членом семьи. Вам может быть отказано в получении помощи, либо помощь может быть прекращена, если вы не будете сотрудничать.

ДЕНЕЖНАЯ ПОМОЩЬ И ПРОГРАММА MEDI-CAL

Запросить любые льготы или доход, на которые любой член семьи имеет право, как например: Пособие по безработице (UIB) или Пособия по страхованию от инвалидности, Льготы ветеранам, Социальное страхование или Федеральное медицинское страхование (Medicare), и т.п.

Алименты на детей/супруга(у) и на медицинские расходы

Сотрудничать с округом и местным Отделом по поддержке семьи путем:

- опознания и определения местонахождения каждого отсутствующего родителя по вашему делу;
- информирования округа и местного Отдела по поддержке семьи в любой момент, когда вы получите информацию об отсутствующем родителе, например о месте жительства или работы;
- определения отцовства любого ребенка в вашем деле, если это понадобится;
- взыскания с отсутствующего родителя оплаты медицинских расходов и, если вы получаете денежную помощь, взыскания алиментов на содержание детей;
- передачи местному Отделу по поддержке семьи любых средств на оплату медицинских расходов и любых алиментов на поддержку детей/супруга(и), которые вы получите;
- извещения округа о медицинском покрытии или оплате медицинских услуг, оплаченных отсутствующим родителем.

Если вы не будете сотрудничать без уважительной причины, размер денежной помощи, получаемой вами, будет уменьшен. (MPP Sections 40-157.212; 40-157.213).

MEDI-CAL

Карточка, удостоверяющая льготы (BIC)

- Подписать вашу карточку BIC когда вы её получите и пользоваться ей только для получения необходимых услуг здравоохранения.
- **Никогда не выбрасывать вашу карточку BIC** (если только мы не дадим вам новую BIC). Вы должны хранить вашу BIC даже, если вы перестанете получать льготы Medi-Cal. Вы сможете использовать BIC если вы станете снова получать денежную помощь или Medi-Cal.
- Предъявлять BIC в медицинском учреждении, когда вы или член вашей семьи заболел или явился на прием по предварительной записи.
- Предъявлять BIC в медицинском учреждении, оказавшем вам или членам вашей семьи неотложную помощь, сразу после оказания медицинской помощи.

Медицинское обеспечение/Страхование

- Сообщать округу и любой организации, оказывающей медицинские услуги, о медицинском обеспечении/страховке, имеющейся у вас или у членов вашей семьи.
- Сохранять любые медицинские страховки доступные вам и вашей семье бесплатно или по разумной цене.
- Использовать любые предварительно оплаченные планы медицинских услуг, организаций по поддержке здоровья или медицинские страховки, которые вы использовали до того, как стали пользоваться программами Medi-Cal/34-округа CMSP, за исключением случаев, когда страховка не покрывает определенные медицинские услуги. Вам необходимо ими воспользоваться, т.к. Medi-Cal не оплатит услуги, оплаченные или предоставляемые этими формами медицинского страхования.
- Регистрироваться и оставаться в групповом плане медицинской страховки по месту работы, когда Medi-Cal одобрит оплату плана штатом Калифорния.

ВАША ОБЯЗАННОСТЬ ИЗВЕЩАТЬ

Вы обязаны предоставлять округу определенную информацию. Если вы не уверены, каким образом извещать, что именно сообщать или какие подтверждения нам нужны, спросите работника, ведущего ваше дело. Если вы получаете льготы CalFresh, работник, ведущий ваше дело, сообщит, должны ли вы сообщать об изменениях каждые пол-года или при изменениях. Если вы получаете Medi-Cal/34-округа CMSP, округ сообщит вам, когда вы должны сообщать. (MPP Section 40-181).

Запрашивающие льготы CalWORKs - Если любая из предоставленной округу информации изменилась, вы должны сообщить округу новые факты в течение 5 дней.

КАК ОТЧИТЫВАТЬСЯ

Для полугодового отчета по программам денежной помощи и льгот CalFresh, в дополнение к вашему годовому отчету SAWS 2 PLUS вы должны сдать полугодовой отчет для определения права на льготы (SAR 7) до пятого дня месяца, следующего за отчетным, и сообщать округу о всех необходимых изменениях в течение 10 дней.

Для получателей льгот программы CalFresh, отчитывающихся только при изменениях, вы должны сообщать о всех изменениях в течение 10 дней:

- По почте, телефону или лично в окружном отделе программы льгот CalFresh; ИЛИ
- Заполнив форму SAR 3 или AR 3; ИЛИ
- Заполнив форму CF 377.5, Отчет семейной группы об изменениях по программе льгот CalFresh.

Для получающих Medi-Cal, вы должны сообщать обо всех изменениях в течение 10 дней и сдать заполненный Отчет о статусе до 5 числа месяца, когда округ присылает или дает его вам.

КОГДА ВЫ ДОЛЖНЫ ОТЧИТЫВАТЬСЯ

Для полугодового отчета по программам денежной помощи и CalFresh

Правила полугодового отчета (SAR) гласят, что вы должны отчитываться об определенных вещах два раза в год. Первым отчетом будет ваше заявление или повторное определение или повторная сертификация (RD/RC) в вашей форме заявления о фактах (SAWS 2 PLUS). Вторым отчетом будет полугодовой отчет для определения права на льготы (SAR 7). Отчет SAR 7 всегда должен быть сдан до 5 числа шестого месяца, следующего за заявлением или годовым отчетом RD/RC и будет считаться сданным поздно, если будет сдан после 11 числа месяца. Если ваш отчет SAR 7 не сдан вовремя, вам придется вернуть любую сумму денежной помощи и льгот CalFresh, которую вы не должны были получить. Вы должны сообщить ваш доход до вычетов, а также любые изменения в вашем доходе до вычетов, которые, вы уверены, произойдут в течение следующих шести месяцев, изменения в количестве человек в вашей семейной группе, информацию о новых членах семейной группы, о недвижимости, купленной или проданной лицами в вашей семейной группе. Отчетный месяц будет указан в верхней части формы SAR 7. Если вы не сдадите заполненную форму SAR 7 до конца первого рабочего дня месяца, следующего за вашим отчетным месяцем, льготы для вашей семейной группы будут остановлены. Если вы сдадите ваш заполненный отчет SAR 7 в любое время в месяц, следующий за месяцем сдачи отчета, льготы вашей семейной группы снова начнутся с даты подачи отчета, если вы по-прежнему имеете право на льготы.

Что вы должны сообщить в полугодовом отчете (SAR 7):

1. **Заработанный доход:** Весь доход до вычетов, полученный вами или любым лицом в вашей семейной группе в отчетный месяц. Это включает в себя: зарплату; чаевые; отпускные; денежные премии; льготы по уходу на дому (IHSS); деньги со своего бизнеса или от программы обучения, а также любой доход в натуральной форме в обмен на выполненную работу, например: бесплатное проживание, одежда или еда.

2. **Незаработанный доход или доход на основе инвалидности:** Любой другой доход, полученный вами или любым лицом в вашей семейной группе за отчетный месяц. Это включает алименты на ребенка/супругу(а), проценты или дивиденды, выигрыш в азартные игры или лотерею, страховое или юридическое соглашение, льготы забастовщиков, наличные, подарки, займы на обучение, возврат переплаченной суммы налогов, любые государственные льготы, как например: Социальное страхование, Доход дополнительного страхования/ дополнительная программа штата (SSI/SSP), пособие по безработице, компенсация за травму на рабочем месте, страхование по инвалидности администрацией штата (SDI), пенсионный план ветеранов или работников железной дороги или другие частные или государственные льготы по инвалидности или пенсионные, доход от аренды и помощи с арендой, бесплатное проживание/оплата коммунальных услуг/одежда/питание, или любой другой вид полученных денег. Также, вы должны сообщить в отчете SAR 7 любые изменения в доходе, которые вы уверены, произойдут в течение следующих 6 месяцев. Это включает в себя изменения в заработанном или незаработанном доходе и доходе, основанном на инвалидности.
3. **Собственность:** Любую собственность, включая: автомобили, банковские счета, сберегательные облигации, страховые полисы, дом или землю, доверительную собственность, деньги на счету программы EBT, и т.п. которые вы, или любое лицо в вашей семейной группе, получили со времени вашего последнего отчета и до сих пор имеете, вне зависимости от того, было это куплено, получено в результате обмена или в виде подарка. Округ использует эту информацию для определения превышения лимита собственности. Также, вы должны сообщить, если вы или кто-либо продал, обменял или отдал любую собственность со времени вашего последнего отчета.
4. **Если вы переехали или кто-либо въехал в ваш дом или выехал из него:** Кто-либо (включая новорожденных), кто въехал в ваш дом со времени вашего последнего квартального отчета и до сих пор там проживает. Также, вы должны сообщить о лицах, которые выехали из вашего дома или которые умерли со времени вашего последнего квартального отчета.
5. **Преступники, укрывающиеся от закона и нарушающие режим условного/досрочного освобождения:** имя любого лица в вашей семейной группе, которое уклоняется/укрывается от закона, чтобы избежать судебное преследование, надзора или заключения после осуждения за преступление или попытку совершения преступления. Имя любого лица в семейной группе, которого признали виновным в нарушении режима условного/досрочного освобождения.
6. **Уменьшение часов работы:** Если вы в возрасте от 19 до 50 лет и вы не ухаживаете за малолетними детьми, вы обязаны сообщить, когда количество ваших рабочих часов уменьшится ниже 20 часов в неделю или 80 часов в месяц. Также, вы должны сообщить, если вы ожидаете, что количество рабочих часов уменьшится ниже этих лимитов в течение последующих шести месяцев.

Для программы Medi-Cal/34-округа CMSP, вы должны сообщить, когда:

1. Любое лицо поступает в платный интернат для престарелых или учреждение по долговременному присмотру, или выписывается из него.
2. Любое лицо запрашивает льготы по инвалидности, как например: SSI/SSP, льготы социального страхования, льготы ветеранам или пенсионные льготы работникам железной дороги.
3. Любое лицо получает услуги здравоохранения после аварии или увечья случившееся из-за действия или бездействия другого лица.

ВАША ОБЯЗАННОСТЬ ИЗВЕЩАТЬ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

Полугодовой отчет для получающих только льготы CalFresh

Если вы получаете только льготы CalFresh, вы должны отчитываться, когда:

1. Общий месячный доход, до вычетов, семейной группы больше, чем разрешенный лимит дохода (IRT) для семейной группы вашего размера. Ваш IRT - 130% от Федерального уровня бедности для семейной группы вашего размера. Округ скажет вам ваш IRT.
2. Любое лицо, являющееся трудоспособным совершеннолетним без иждивенцев (ABAWD), получающим льготы CalFresh, и количество часов работы или обучения которых падает ниже 20 часов в неделю или 80 часов в месяц.

Для программы CalWORKs вы должны сообщать об изменениях в другое время:

В определенных случаях вы должны будете сообщать определенную информацию (в течение 10 дней со дня изменения) даже, если это не ваш "отчетный месяц", как например:

1. В любое время, когда общий доход вашей семейной группы (заработанный и незаработанный) превышает IRT для вашей семьи. Округ сообщит вам лимит дохода IRT. Если ваша семейная группа получает только незаработанный доход, вы должны сообщать о доходе только в вашем полугодовом отчете (SAR 7) и в вашем годовом отчете RD/RC (SAWS 2 PLUS).
2. В любое время, когда кто-либо в вашей семейной группе становится преступником, уклоняющимся от закона или нарушает режим условного/досрочного освобождения.
3. При переезде на новое место жительства вы должны сообщить ваш новый адрес, чтобы округ знал, куда отправлять ваши формы отчета SAR 7 и извещения.

Добровольное предоставление информации программе CalWORKs и в дополнение к полугодовому отчету программы CalFresh:

Также, вы можете добровольно предоставить дополнительную информацию даже, если это не ваш "отчетный месяц". Добровольное предоставление информации может увеличить сумму льгот, получаемую семейной группой. Если в результате предоставленной информации льготы должны увеличиться, округ примет действие в течение 10 дней с момента, когда вы предоставите подтверждение. Единственное исключение - когда увеличение суммы льгот должно произойти из-за добавления дополнительного лица к вашему делу. В этой ситуации округ примет действие по увеличению суммы льгот первого числа месяца, следующего за месяцем, когда вы предоставите подтверждение.

Некоторые образцы добровольно предоставленной информации, в результате чего сумма льгот может увеличиться:

- Ваш доход прекратился или уменьшился.
- Кто-либо с небольшим доходом или без дохода въехал в ваш дом (включая новорожденного).
- Кто-либо имеющий доход выехал из вашего дома.
- Вы считаете, что вы или кто-либо в вашей семейной группе имеет право на платеж CalWORKs из-за особых потребностей, как например: особые потребности беременной или для специальной диеты.

Дополнительные примеры только по программе льгот CalFresh:

- Член семейной группы по решению суда начинает платить алименты на содержание ребенка, не проживающего в доме.
- Член семейной группы в возрасте 60 лет или старше.
- У любого члена семейной группы, являющегося инвалидом или в возрасте 60 лет или старше, изменились или добавились медицинские расходы (если подтверждено, сумма получаемых вами льгот CalFresh может измениться).

В любое время вы можете попросить округ прекратить все ваше дело или дело любого лица, которое выехало из дома или лица, которое не должно быть в группе, получающей помощь. Также, вы можете попросить округ прекратить определенные льготы, как например: Medi-Cal или CalFresh. Получение только льгот Medi-Cal или CalFresh не будет учитываться в отношении лимита времени льгот денежной помощи.

Дополнительная информация для семейных групп, получающих только льготы CalFresh

Если вы получаете льготы только CalFresh, и вы добровольно сообщаете, что кто-то въехал в ваш дом или выехал из него, округ рассмотрит изменения, даже если в результате сумма льгот уменьшится.

Другие изменения для полугодового отчета:

Существуют другие изменения, в результате которых округ уменьшит или остановит ваши льготы в течение квартала. Некоторые образцы:

- Совершеннолетний в семейной группе достиг 48-ти месячного лимита программы CalWORKs;
- Член семейной группы наказан/оштрафован;
- Ребенок достигает возраста 18 лет (и не закончит среднюю школу до того, как достигнет возраста 19 лет);
- Кто-либо из вашей семейной группы начинает получать льготы в другой семейной группе;
- Ребенок, имеющий право на это, отправлен на временное воспитание (Foster Care);
- Лицо, являющееся трудоспособным совершеннолетним без иждивенцев (ABAWD), получает льготы CalFresh и количество рабочих часов или часов обучения опускается ниже 20 часов в неделю или 80 часов в месяц.

ВАША ОБЯЗАННОСТЬ ИЗВЕЩАТЬ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

ДЛЯ ПОЛУЧАТЕЛЕЙ ЛЬГОТ CALFRESH ОТЧИТЫВАЮЩИХСЯ ТОЛЬКО ПРИ ИЗМЕНЕНИЯХ.

Для получателей льгот CalFresh отчитывающихся только при изменениях, вы должны сообщать, когда:

1. Ваш общий доход: начинается, останавливается или изменяется на сумму более, чем \$50.
2. Изменяется источник дохода любого лица.
3. Кто-либо въехал в ваш дом или выехал из него.
4. Кто-либо добавляется в вашу семейную группу или выбывает из нее.
5. Вы переезжаете или получаете новый почтовый адрес.
6. Изменения в стоимости аренды и коммунальных услуг **только** если вы переезжаете.
7. Если есть изменение в сумме выплачиваемых по решению суда алиментов на детей, выплачиваемых членом семейной группы на ребенка, не проживающего в доме.
8. Лицо, являющееся трудоспособным совершеннолетним без иждивенцев (ABAWD), получающее льготы CalFresh и количество рабочих часов или часов обучения которого опускается ниже 20 часов в неделю или 80 часов в месяц.
9. Любой член семейной группы скрывается или бежит от закона чтобы избежать осуждения за преступление, заключения или содержания под стражей после осуждения или нарушил правила условного или досрочного освобождения.

Для получателей льгот CalFresh, отчитывающихся только при изменениях, вы можете сообщать, когда:

1. Чье либо физическое или душевное заболевание началось или закончилось.
2. Чей либо гражданский/иммиграционный статус изменится или кто либо получит письмо, форму или новую карточку USCIS.
3. У вас изменилась стоимость присмотра за вашими иждивенцами.
4. У любого члена семейной группы, являющегося инвалидом или в возрасте 60 лет или старше, изменились или появились новые медицинские расходы. Если подтвердится, то сумма помощи может быть пересчитана.
5. Любой член семейной группы начинает по решению суда выплачивать алименты на ребенка, не проживающего в доме.

Годовой отчет программы CalWORKs для некоторых случаев касающихся только детей (Certain Child-Only Cases) (AR/CO)

Большинство дел программы CalWORKs, в которых только дети получают денежную помощь, должны отчитываться только один раз в год, за исключением некоторых изменений, о которых должно быть сообщено в обязательном порядке в течение 10 дней. Это называется - дела годового отчета только для детей (AR/CO). Округ сообщит вам, если у вас дело AR/CO.

Дела AR/CO должны сообщать об изменениях только в годовом отчете (RD), за следующими исключениями:

- В любое время, когда общий доход вашей семьи, заработанный и не заработанный превышает разрешенный доход (IRT) для вашей семьи. Округ сообщит вам в письменном виде какой у вас должен быть IRT.
- В любое время, когда кто-либо въехал в ваш дом или выехал из него. Это включает в себя новорожденных и детей, размещенных на временное воспитание.
- В любое время, когда когда меняется ваш адрес.
- В любое время, когда кто-либо находящийся в вашей семейной становится скрывающимся преступником или признан судом как нарушивший условия условно-досрочного освобождения и это не было еще сообщено.

Дела CalWORKs AR/CO получившие льготы CalFresh

Семейные группы, получающие льготы CalFresh и которые являются частью дел CalWORKs AR/CO будут отчитываться каждые пол-года. См. страницы 3 и 4 этого извещения об ответственности при полугодовом отчете.

Информация, сообщаемая добровольно для программ CalWORKs AR/CO и CalFresh для семейных групп, обязанных сообщать об изменениях

Вы можете сообщать о некоторых изменениях добровольно. Сообщение о некоторых изменениях может помочь увеличить сумму денежной помощи. См. страницу 4 этого извещения о дополнительной информации о добровольном сообщении об изменениях.

ВАША ОБЯЗАННОСТЬ ИЗВЕЩАТЬ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ЛИЦ, ПОЛУЧАЮЩИХ ТОЛЬКО ДЕНЕЖНУЮ ПОМОЩЬ

Безработный родитель

Если вы запрашиваете денежную помощь как безработный родитель, родитель, получающий наибольшую зарплату (PE), должен:

- быть безработным и не работать 4 предшествующие недели
- запросить и получать любую страховку по безработице, которую он имеет право получать

PE - это родитель, получающий наибольшую зарплату в течение последних 24 месяцев.

Помощь бездомным

Может, вы имеете право получить деньги, которые помогут вам оплатить временное жилище, постоянное место проживания или предотвратить выселение. Если вы не попадаете под исключение, этот платеж выплачивается один раз в жизни. Если вы получили помощь для бездомных ранее, и она нужна вам снова, работник, ведущий ваше дело, скажет вам, если вы имеете на это право.

Прививки

Если округ потребует, вы должны предоставить доказательства, что:

- дети в возрасте до 6 лет получили все прививки, необходимые для данного возраста. (MPP Sections 40-105.4; 40-105.5).

Максимальная допустимая выплата (MAP)

Существует два уровня максимальной допустимой выплаты (MAP). Большинство семей, получающих денежную помощь, получают нижний уровень MAP. Семьи могут получить высший уровень MAP, если каждый родитель или ухаживающий в семейной группе, получающей помощь (AU):

- Является инвалидом и получает Доход дополнительного страхования/дополнительную программу штата (SSI/SSP), или Услуги по ведению домашнего хозяйства и личному обслуживанию (IHSS), или следующие льготы: Страхование от инвалидности администрацией штата (SDI), Временную компенсацию работникам (TWC), Временную компенсацию по инвалидности (TDI)
- Присматривает за чужим ребенком, получающим(и) помощь, и сам присматривающий не получает денежную помощь.

Также имеет право на высший уровень MAP:

- Семья, получающая денежную помощь беженцам (RCA), если каждый совершеннолетний соответствует исключениям из правила.

Правило максимального пособия для семьи (MFG)

Правило MFG применимо к любому ребенку, рожденному после 31 августа 1997 года. Правило MFG гласит, что сумма максимальной выплаты вам (MFG) не увеличится, чтобы учесть ребенка, рожденного в вашей семье, если ваша семья получает денежную помощь в течение 10 последовательных месяцев непосредственно перед рождением ребенка. У этого правила есть исключения. Работник, ведущий ваше дело, даст вам копию правил MFG и ответит на ваши вопросы. После этого вы подпишете копию, на которой указано, что вы поняли правила.

Подтверждение фактов

Если вы запрашиваете денежную помощь в течение одного года с того момента, как помощь остановилась, округ должен просмотреть ваше предыдущее дело, чтобы узнать, есть ли в нем необходимые подтверждения для определения вашего права на получение льгот, когда:

- вы не можете получить подтверждения, или
- нужно заплатить для получения подтверждения, или
- оформление ваших документов задержится, т.к. получение подтверждения у вас займет очень много времени.

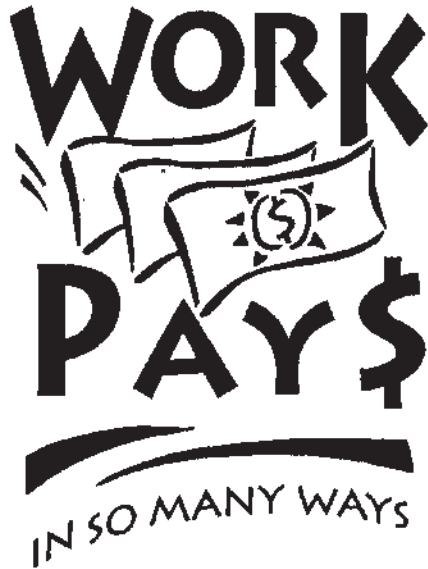
Если вы запрашиваете денежную помощь в течение одного года с момента, как помощь остановилась И, если у округа нет необходимых подтверждающих документов, вам придется предоставить необходимые подтверждения.

Если с тех пор, как вы получали денежную помощь последний раз, у вас произошли изменения, округу потребуются новые доказательства.

Посещение школы

Все дети в возрасте от 6 и до 18 лет, которые получают льготы, обязаны посещать школу.

Если ваш ребенок в возрасте от 16 и до 18 лет и не посещает школу регулярно без уважительной причины, ваши льготы могут быть уменьшены до тех пор, пока вы не начнете посещать школу или соответствовать требованиям.



Здесь объясняется, как **Работа Оплачивается**:

- Дает вам больше \$\$\$\$ для материальной поддержки вашей семьи
- Устраивает лучшую жизнь для вас и вашей семьи
- Развивает трудовые навыки
- Укрепляет уверенность в себе
- Доставляет вам личное удовлетворение

Вы можете работать и в то же время продолжать получать денежную помощь:

- ✓ В большинстве случаев, когда вы работаете, ваш общий заработок (доход до вычетов) не вычитается доллар за доллар из вашей денежной помощи. Вы можете иметь право на **скидки, связанные с работой**. Когда вы добавите сумму вашего заработка к сумме вашего денежного пособия, вы будете иметь больше \$\$\$\$ для вашей семьи.
- ✓ Когда вы получаете задание по **обучению на рабочем месте, оплачиваемое субсидиями (ОЖТ)**, вся, или часть вашей денежной помощи, используется вашим работодателем для оплаты вашего заработка. Вы не получите скидки, связанные с работой, если получаете зарплату, основанную на субсидиях ОЖТ.
- ✓ В любом случае, вы можете иметь право на то, чтобы стоимость услуг по присмотру за детьми была оплачена оказывающему эти услуги.

См. стр. 8 в отношении фактов о правилах работы и обучения, трудовых стимулах, включая программы по присмотру за детьми. Спросите работника, ведущего ваше дело, о дополнительных фактах о **Выгодах работы** и как **ОЖТ, основанная на субсидиях**, может помочь вам.

Помните, вы можете работать и по прежнему получать денежную помощь, пока вы имеете на это право и своевременно выполняете правила отчета.

Правила работы и обучения

Ваш работник объяснит вам, какие правила работы по программам денежной помощи и льгот CalFresh вам необходимо соблюдать до и после того, как ваше заявление утверждено. Для продолжения получения вашей денежной помощи, помощи по программе льгот CalFresh или обеих, может потребоваться ваше участие в рабочей деятельности, в обучении профессии или в образовательной программе. Требования к соблюдению рабочих правил программ денежной помощи и/или льгот CalFresh могут быть предъявлены к более чем одному члену семейной группы. Если кто-то теряет право на получение помощи из-за несоблюдения правил работы, другие члены семейной группы могут продолжать получать денежную помощь и льготы CalFresh до тех пор, пока они имеют право на помощь. Но сумма денежной помощи или льгот CalFresh, получаемых ими, может измениться.

Правила работы программы денежной помощи

Если вы получаете денежную помощь и льготы CalFresh или только денежную помощь, вам будет необходимо принять участие в определенной деятельности программы Welfare-to-Work (Программа перехода от пособия к работе) для того, чтобы сохранить вашу денежную помощь и льготы CalFresh. Округ сообщит вам, сколько часов в неделю вы должны участвовать в этой деятельности, или о вашем освобождении от исполнения этих правил. Деятельность программы Welfare-to-Work включает (но не ограничена) субсидированную и не субсидированную работу, приобретение профессионального мастерства, занятость на общественных работах, начальное образование для взрослых, профессиональное обучение и поиск работы. Под субсидированной работой подразумевается то, что округ или другой финансирующий источник возмещает вашему работодателю часть выплаченной вам зарплаты.

Правила работы программы денежной помощи также гласят, что вы должны:

- Подписать план программы Welfare-to-Work;
- Принять подходящую работу, предложенную вам;
- Не увольняться с работы и не уменьшать количество рабочих часов по собственному желанию.

Наказания за неисполнение правил работы программы денежной помощи

Каждый раз, когда вы не будете, без уважительной причины, выполнять правила работы программы денежной помощи, денежная помощь вам будет остановлена до тех пор, пока вы не будете делать то, что вы должны были делать. После того, как ваша денежная помощь остановлена или уменьшена, вы можете начать получать ее снова только при условии исполнения правил работы, соблюдение которых вы прекратили ранее, или при условии получения освобождения от их исполнения. Если ваша денежная помощь остановлена, ваши льготы CalFresh также могут быть остановлены или уменьшены.

Правила работы программы льгот CalFresh для лиц, не получающих денежную помощь

Если вы получаете только льготы CalFresh, вам, возможно, будет необходимо принять участие в определенной трудовой или образовательной деятельности, для продолжения получения льгот CalFresh. Сюда включаются: поиски работы, отработка пособия, начальное образование для взрослых и профессиональное обучение. Округ сообщит вам, сколько часов в неделю вы должны участвовать в этой деятельности, или о вашем освобождении от исполнения этих правил.

Правила работы программы льготы CalFresh также гласят, что вы должны:

- Ответить на вопросы о вашем профессиональном опыте и трудоспособности;
- Ознакомляться с возможными работами, о которых мы вам сообщаем, и принять предложенную вам подходящую работу;
- Не увольняться с работы, и не уменьшать количество рабочих часов, на менее чем 30 часов в неделю, по собственному желанию.

Наказания для получающих только льготы CalFresh

Если вы не исполняете правила работы программы льгот CalFresh без уважительной причины, в льготах CalFresh будет отказано, или они остановятся по меньшей мере на один, три или шесть месяцев, в зависимости от того, в который раз вы нарушили правила. После

того, как ваши льготы CalFresh остановлены, вы сможете начать получать их снова только после окончания срока санкции, или при условии получения освобождения от их исполнения.

Требование работы для трудоспособных взрослых лиц, не получающих денежную помощь

Если вы получаете только льготы CalFresh и не имеете несовершеннолетних детей, вы подпадаете под действие другого правила работы, которое вам, возможно, надлежит исполнять. Вы не обязаны исполнять это правило, если вы моложе 18 лет, старше 49 лет, беременны или включены в семейную группу с несовершеннолетним ребенком получающую льготы CalFresh. Вас также могут освободить по другим причинам, объяснить которые может работник вашего округа. Это правило работы гласит, что если вы являетесь трудоспособным взрослым лицом, вы должны работать не менее 20 часов в неделю или 80 часов в месяц, участвовать в отработке пособия требуемое количество часов, или участвовать в утвержденной программе обучения не менее 20 часов в неделю или 80 часов в месяц. Ваши льготы CalFresh будут остановлены, если в течение периода 36 месяцев вы не будете соблюдать требований этого правила в продолжение 3 месяцев. Если ваше вторичное нарушение этого правила связано с увольнением по сокращению штатов, возможно, вы можете иметь право на получение льгот CalFresh в течение 3 месяцев подряд без необходимости исполнения этого правила. После этого вы сможете получать льготы CalFresh только при условии исполнения правила работы, или при условии получения освобождения от него.

Скидки на доход программы CalWORKs

Получаемая вашей семьей общая сумма денежной помощи основана на размере вашей семьи и другим доходом, который вы, возможно, получаете. Закон разрешает определенные скидки при расчете общей суммы получаемой вами денежной помощи.

- Если ваша семья получает больше, чем \$225 в месяц по инвалидности (DI), скидка дается только на первые \$225.
- Если ваша семья получает \$225 в месяц по инвалидности (DI) или меньше, эта сумма не будет учитываться как доход и если вы получаете заработанный доход (EI), остаток суммы в \$225, до \$225, не будет учитываться как доход.
- Дополнительно, 50% любого заработанного дохода не будет учитываться.
- Остаток является вашим учитываемым доходом и является суммой, которой будут пользоваться для расчета вашей денежной помощи.

Отношение к лицам, имеющим свой бизнес

Если у вас свой бизнес, у вас есть выбор расчета производственных расходов: основываясь на стандартных вычетах 40% от дохода до вычетов, или используя реальные производственные расходы. После того, как вы выбрали метод расчета дохода вашего бизнеса после вычетов, вы можете изменить метод расчета расходов во время пересмотра дела или через каждые 6 месяцев, смотря, что наступит раньше.

Программа присмотра за детьми в программе CalWORKs

Льготы по присмотру за детьми доступны тем получателям денежной помощи, которые нуждаются в присмотре за детьми, чтобы получить возможность работать или участвовать в утвержденной округом деятельности программы WTW; как например, посещение образовательных программ или программ, обучающих профессии.

Программа присмотра за детьми Департамента образования Калифорнии (CDE)

Льготы по присмотру за детьми доступны также через CDE. Обратитесь в ваше местное Агентство информации и ресурсов для дополнительной информации.

Переходная программа медицинской помощи штата Калифорния (TMC)

Вы можете получить Medi-Cal на период до 12 месяцев, если вы перестанете получать денежную помощь из-за того, что вы работаете. Ваша семья должна получать денежную помощь в течение как минимум 3 из последних 6 месяцев до того, как прекратилась денежная помощь. Для того, чтобы получить TMC на период дольше, чем 6 месяцев, ваш доход должен быть ниже определенного лимита и Вы должны соблюдать определенные правила отчета TMC.

ДРУГАЯ ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

ДЕНЕЖНАЯ ПОМОЩЬ И ЛЬГОТЫ CALFRESH ДЛЯ СЕМЕЙНЫХ ГРУПП, С ПОЛУГОДОВЫМ ОТЧЕТОМ

Правила бюджета

Сумма денежной помощи или льгот CalFresh, которую вы можете получить, зависит от вашего дохода и разрешенных расходов. Вы получите для заполнения формулу полугодового отчета определения вашего права на помощь (SAR 7), которая должна быть заполнена через шесть месяцев после подачи заявления и после каждого годового пересмотра, повторной сертификации (RD/RC). В Форме SAR 7 вам нужно указать какие доходы и расходы были у вас в отчетный месяц и какие доходы и расходы вы ожидаете в течение шести месяцев после того, как вы сдадите отчет. Отчетный месяц будет наверху вашей формы SAR7. Ваш доход и расходы в текущий месяц и ожидаемые изменения будут использованы при определении суммы вашей денежной помощи и/или льгот CalFresh, которые вы сможете получить в следующие шесть месяцев. Информация, которую вы указали в форме SAR 7 в отношении отчетного месяца, будет использована в течение следующих шести месяцев, если вы не ожидаете изменений доходов и расходов.

Например: если вы подаете форму отчета SAR 7 в марте, вы укажете, какой доход у вас был в феврале. Вы также сообщите о любом ожидаемом изменении дохода в апреле, мае, июне, июле, августе и сентябре. Если доход, полученный в феврале, остается неизменным, ваша денежная помощь и/или льготы CalFresh на апрель, май, июнь, июль, август и сентябрь будут рассчитаны на основании тех же доходов и расходов в каждом из этих месяцев. Если ваш доход и расходы изменятся, ваш работник будет использовать новые суммы дохода которые вы ожидаете получить в эти месяцы для расчета суммы вашей денежной помощи и/или льгот CalFresh на каждый месяц полугодового периода. Этот метод расчета бюджета называется перспективный бюджет.

ДЕЛА ГОДОВОГО ОТЧЕТА (AR) ПРОГРАММЫ ДЕНЕЖНОЙ ПОМОЩИ И ОТЧЕТА ПРИ ИЗМЕНЕНИИ ПРОГРАММЫ CALFRESH CALWORKS AR

Семейные группы, отчитывающиеся ежегодно AR), также будут пользоваться перспективным бюджетом, с разницей в том, что у вас не будет отчетной формы, как форма SAR 7 для семейных групп SAR. Семейные группы AR, будут отчитываться, используя формы RD/RC и будут указывать любой доход, расходы и собственность, которая у них есть и любые изменения, которые они уверены, что произойдут в течение следующих 12 месяцев. Информация, представленная вами, будет использована для определения суммы вашей денежной помощи и льгот CalFresh на следующие 12 месяцев. Определенную информацию вам нужно будет сообщить в течение 10 дней со дня, когда изменения произошли. Правила обязательного отчета для семейных групп, отчитывающихся AR и CalFresh с AR, находятся на стр. 5 этой формы.

Лимит собственности CalWORKs:

Существует лимит на сумму собственности в \$2250.00 (например: счет в банке, акции, и т.д.), который ваша семейная группа может иметь и при этом продолжать получать льготы CalWORKs. Если в вашей семье есть кто-либо в возрасте, как минимум, 60 лет или инвалид, лимит увеличивается до \$3250.00. Ваш дом и мебель не включаются в сумму. Вы можете владеть транспортным средством (например: машиной, грузовиком, микроавтобусом, мотоциклом и т.п.) при условии, что стоимость минус долг меньше \$9500. Если ваше транспортное средство передано вам как подарок, пожертвование или член семьи передал это транспортное средство вам, мы это средство не учитываем. Вас попросят предоставить округу подтверждение из Департамента транспортных средств (DMV), что это подарок, пожертвование или передача от члена семьи. Транспортное средство не будет учтено, если оно необходимо семье по определенным причинам. Спросите работника, какие это причины. Ваш работник может объяснить вам, как определить стоимость любой машины.

CalFresh:

Для получающих льготы денежной помощи и CalFresh, лимиты собственности CalWORKs, указанные выше, будут применены. Если вы получаете только льготы CalFresh, лимит для семейной группы без пожилого или инвалида \$2250. Лимит для семейной группы с как минимум одним лицом в возрасте 60 лет или старше или с инвалидом - \$3250.

Лимит собственности не может применяться, если доход вашей семейной группы не превышает Разрешенный лимит дохода программы CalFresh (IRT) для семейной группы вашего размера. Ваш IRT - 130% от Федерального уровня бедности для семейной группы вашего размера. Округ скажет вам ваш IRT.

ТОЛЬКО ДЕНЕЖНАЯ ПОМОЩЬ 48-месячный лимит времени

Начиная с 1 июля 2011 года, родитель или присматривающий за ребенком родственник, не имеют право на денежную помощь после того, как он/она получили денежную помощь в течение периода 48 месяцев. Любая помощь, полученная через программу CalWORKs,

и/или денежная помощь, полученная от программы для племен TANF или от любого другого штата, включается в общую сумму этих 48 месяцев. В 48-месячный период учитывается только денежная помощь, полученная после 1 января 1998 года. Есть исключения для этого лимита времени, и этот лимит времени не относится к детям.

Ресурсы/электронный перевод пособий (ЕВТ)

Любой баланс, остающийся на счету ЕВТ в конце месяца будет считаться доступным ресурсом и в результате этого ваша семейная группа может не иметь право на денежную помощь, если сумма ваших общих учитываемых ресурсов превышает разрешенный лимит.

Правило перевода имущества

Лица, получающие помощь, могут продавать, обменивать или менять вид их личной собственности, если при этом они получают реальную рыночную стоимость этой собственности (имущества). Если они не получают реальную рыночную стоимость за свое имущество, семья не будет иметь право на помощь в течение определенного периода времени. Период времени, на который семья не будет иметь право на помощь, определяется путем вычитания полученной суммы из реальной рыночной стоимости и делением полученной суммы на стандарт нужды, определенной для этой семьи. Сумма округляется до следующего меньшего целого числа.

ТОЛЬКО ЛЬГОТЫ CALFRESH

Скидки на коммунальные услуги

Если у вас есть расходы по обогреву и/или охлаждению жилья, вы будете иметь право на стандартную скидку на коммунальные услуги (SUA). Если у вас есть другие коммунальные расходы, как например оплата за воду, канализацию и мусор, вам будет дана Ограниченная Скидка на коммунальные услуги (LUA). Если вам приходится оплачивать только телефонные счета, вам будет дана скидка на телефонные расходы (TUA). Скидки SUA, LUA и TUA используются для уменьшения вашего дохода, что поможет вам получить больше льгот.

ТОЛЬКО ДЛЯ ПРОГРАММ MEDI-CAL/34-ОКРУГА CMSP

Уменьшение стоимости или перевод собственности для получения льгот

- Если вы получаете или подали заявление Только на помощь по программам Medi-Cal/34-округа CMSP и стоимость вашей собственности превышает сумму, разрешенную правилами, вы можете уменьшить ее к последнему дню любого месяца, включая месяц подачи заявления. Правила программы Medi-Cal разрешают вам потратить излишек собственности любым удобным для вас способом. Но вы можете на определенный период времени потерять право на получение ухода в платном интернате для престарелых, если вы продадите или отдадите какую-либо собственность за сумму, меньшую чем ее рыночная стоимость, когда вы обратитесь за получением места в таком интернате или уже получаете уход в таковом интернате с оплатой по программе Medi-Cal в течение 30 месяцев со дня перевода собственности.
- Вы можете не иметь право на программу 34-округа CMSP, если вы продадите или отдадите любую свою собственность за сумму меньшую, чем ее реальная стоимость.

Ресурсы и собственность

- Все льготы программы Medi-Cal, полученные по достижению возраста 55 лет, после смерти получателя льгот подлежат возмещению из стоимости его имущества. Однако, сумма возмещения не может превышать стоимости имущества. Возмещение может не потребоваться, если второй супруг пережил лицо, получающее страховую премию или пособие. Штат не может притязать на часть недвижимости, завещанной несовершеннолетнему ребенку или совершеннолетнему ребенку, являющемуся полным инвалидом. Кроме того, если возмещение повлечет за собой чрезмерные тяготы для других наследников, и это может быть доказано, возмещение может быть аннулировано полностью или частично.
- Если вас поместили в лечебное или любое другое учреждение, и ваш дом (или бывший дом) не подпадает под исключение, штат может взять вашу собственность в залог с целью последующего возмещения расходов, покрытых программой Medi-Cal.

ДОСТУПНЫЕ УСЛУГИ

Программа питания для женщин, младенцев и детей (WIC):

Программа WIC помогает только беременным и кормящим грудью женщинам, младенцам и детям в возрасте до 5 лет, которые находятся под риском ущерба здоровью из-за недостатка питания. За дополнительной информацией насчет программы WIC звоните в отдел здравоохранения местного округа или по номеру телефона для WIC, указанному в телефонной книге.

Регистрация избирателей:

Если вы хотите зарегистрироваться для голосования, попросите вашего работника прислать вам анкету. Если вам нужна помощь в ее заполнении, попросите вашего работника. Вы можете отправить анкету по почте сами. Ваше право на помощь не изменится от того, зарегистрируетесь ли вы для голосования или нет. Ваш работник не может указать вам, как голосовать.

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ О НАКАЗАНИИ

Денежная помощь и льготы CalFresh

Дисквалификационные наказания вступают в силу после того, как слушание дела администрацией штата или суд установит, что человек совершил умышленное нарушение правил программы (IPV). Также, любое лицо, обвиненное в совершении IPV, может согласиться быть дисквалифицированным, подписав Договор согласия на административную дисквалификацию или Отказ от права на дисквалификационное слушание администрацией. Любое лицо, подписавшее одну из этих бумаг, теряет право на слушание дела и принимает на себя ответственность за выплату переплаченной суммы денежной помощи и/или льгот CalFresh.

Правила и штрафы программы

Я понимаю, что я совершаю умышленное нарушение программы, которое также может быть преступлением, если я предоставлю ложную или неверную информацию или если я сознательно предоставлю не полную информацию, чтобы попытаться получить льготы (CalFresh, денежную помощь и Medi-Cal) на получение которой у меня нет права или чтобы помочь кому-либо получить льготы, на которые они не имеют право или если я буду злоупотреблять моими льготами (это называется торговля). Если я сделаю это сознательно и получу льготы, на которые я не имел право, на сумму \$950, я могу быть обвинен в уголовном преступлении.

Дополнительно, я понимаю, что я должен погасить любую сумму льгот, которые я получил, но на которые я не имел право или которыми я злоупотребил.

Нарушения программы

Программа CalFresh: Я понимаю, что, возможно, я совершил умышленное нарушение программы, если я делаю одно из следующих действий:

- Использую карту электронных расчетов льгот (EBT), принадлежащую другому лицу или позволю другому лицу использовать мою карту
- Предоставляю ложную информацию о моей личности ли месте моего проживания
- Попытаюсь получить двойные льготы, например, запрошу льготы в двух или более различных округах или штатах одновременно
- Подаю ложные документы на детей или взрослых членах семейной группы, не имеющих право на льготы или которые не существуют
- Нарушу условия моего условно-досрочного освобождения
- Убегу после осуждения за уголовное преступление
- Обменяю, куплю, продам, украду ли отдам льготы CalFresh или карты EBT или попытаюсь обменять, купить, продать, украсть или отдать льготы CalFresh или карты EBT
- Торговать льготами CalFresh или пытаться менять льготы CalFresh на: наличные; огнестрельное оружие; товары, на которые вы не имеете право, табачные изделия, взрывчатые вещества, боеприпасы, контролируемые вещества, как например наркотики или алкоголь
- Приобретение (покупка) продуктов, имеющих залог за возврат тары, используя льготы CalFresh, намеренно (нарочно) выбросить содержимое и сдать контейнер (тару), чтобы получить залог или пытаться сдать контейнер, чтобы получить залог
- Покупка товара используя льготы CalFresh и сознательная перепродажа за наличные или что-либо другое, чем разрешенная еда

Наказания

Я могу потерять льготы CalFresh:

- На один год за первое нарушение, за второе нарушение на два года или навсегда
- Быть оштрафован на сумму до \$250,000, заключен в тюрьму на срок до 20 лет или оба наказания

Для денежной помощи: Я понимаю, что, возможно, я совершил умышленное нарушение программы и я могу потерять льготы, если я делаю одно из следующих действий:

- Предоставил ложную информацию о том, кто я есть или где я живу
- Попытаюсь получить двойные льготы, например, запрошу льготы в двух или более различных округах или штатах одновременно
- Подаю ложные документы на детей или взрослых членах семейной группы, не имеющих право на льготы или которые не существуют
- Нарушу условия моего условно-досрочного освобождения
- Убегу после осуждения за уголовное преступление

Я могу потерять льготы денежной помощи:

- На шесть месяцев, один год, два года, четыре года, пять лет или навсегда
- И быть оштрафован на сумму до \$10,000 и/или заключен в тюрьму сроком до пяти лет

| ЗАЯВЛЕНИЕ ПРОСИТЕЛЯ/ПОЛУЧАТЕЛЯ | ELIGIBILITY WORKER'S CERTIFICATION ЗАЯВЛЕНИЕ РАБОТНИКА |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Я понимаю, что одно из назначений денежной помощи - это предоставление основных потребностей моей семье, включая жилище, еду и одежду. • Я понял мои права и обязанности и согласен выполнять все мои обязанности. • Я также понял наказания за дачу неполной или ложной информации или за несообщение фактов или информации, которая может повлиять на право получения льгот или размер льгот денежной помощи или льгот CalFresh и/или моей доли оплаты в программе Medi-Cal/34-округа CMSP. • Я подтверждаю, что я получил копию прав, обязанностей и другой важной информации (SAWS 2A SAR). <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <ul style="list-style-type: none"> • Я также подтверждаю, что если я подал заявление на, или получаю денежную помощь, я получил копию следующих документов: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Информационное извещение Welfare-to-Work (WTW 5) <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">(Инициалы получателя/заявителя)</p> </div> <ul style="list-style-type: none"> • Я также подтверждаю, что если я подал заявление на Medi-Cal/34-округа CMSP, я получил копию MC 219/CMSP 219 и ее содержание было объяснено мне. | <p>I certify that the applicant/recipient appears to understand:</p> <ul style="list-style-type: none"> • his/her rights and responsibilities and • the penalties for giving incomplete or wrong facts, or for failing to report facts or situations that may affect his/her eligibility or benefit level for cash aid or CalFresh, and/or share of cost for Medi-Cal/34-County CMSP <p>I also certify that the applicant/recipient was given a copy of:</p> <ul style="list-style-type: none"> • The Rights, Responsibilities, and Other Important Information (SAWS 2A SAR) <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <ul style="list-style-type: none"> • For cash aid: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Welfare to Work Informing Notice (WTW 5) </div> <ul style="list-style-type: none"> • For Medi-Cal/34-County CMSP: the MC 219/CMSP 219 and that its contents were explained to him/her. |
| ПОДПИСЬ: (Родитель или родственник, присматривающий за ребенком, член семьи, получающей льготы CalFresh, или ее полномочный представитель, проситель/получатель помощи по программе Medi-Cal/34-округа CMSP) | Дата |
| Подпись (Другой родитель, проживающий в доме, зарегистрированный сожитель) | Свидетель, если Вы подписались "X" Дата |
| Подпись работника, определяющего право на помощь | Номер работника, определяющего право на помощь Дата |

ЗАЯВЛЕНИЕ ПРОСИТЕЛЯ/ПОЛУЧАТЕЛЯ**ELIGIBILITY WORKER'S CERTIFICATION
ЗАЯВЛЕНИЕ РАБОТНИКА**

- Я понимаю, что одно из назначений денежной помощи - это предоставление основных потребностей моей семье, включая жилище, еду и одежду.
- Я понял мои права и обязанности и согласен выполнять все мои обязанности.
- Я также понял наказания за дачу неполной или ложной информации или за несообщение фактов или информации, которая может повлиять на право получения льгот или размер льгот денежной помощи или льгот CalFresh и/или моей доли оплаты в программе Medi-Cal/34-округа CMSP.
- Я подтверждаю, что я получил копию прав, обязанностей и другой важной информации (SAWS 2A SAR).

- Я также подтверждаю, что если я подал заявление на, или получаю денежную помощь, я получил копию следующих документов:

Информационное извещение Welfare-to-Work (WTW 5)

(Инициалы получателя/заявителя)

- Я также подтверждаю, что если я подал заявление на Medi-Cal/34-округа CMSP, я получил копию MC 219/CMSP 219 и ее содержание было объяснено мне.

I certify that the applicant/recipient appears to understand:

- his/her rights and responsibilities and
- the penalties for giving incomplete or wrong facts, or for failing to report facts or situations that may affect his/her eligibility or benefit level for cash aid or CalFresh, and/or share of cost for Medi-Cal/34-County CMSP

I also certify that the applicant/recipient was given a copy of:

- The Rights, Responsibilities, and Other Important Information (SAWS 2A SAR)

- For cash aid:

Welfare to Work Informing Notice (WTW 5)

- For Medi-Cal/34-County CMSP: the MC 219/CMSP 219 and that its contents were explained to him/her.

ПОДПИСЬ: (Родитель или родственник, присматривающий за ребенком, член семьи, получающей льготы CalFresh, или ее полномочный представитель, проситель/получатель помощи по программе Medi-Cal/34-округа CMSP

Дата

Подпись (Другой родитель, проживающий в доме, зарегистрированный сожитель)

Свидетель, если Вы подписались "X"

Дата

Подпись работника, определяющего право на помощь

Номер работника, определяющего право на помощь

Дата