

Дата извещения : \_\_\_\_\_  
Дело : \_\_\_\_\_  
Имя : \_\_\_\_\_  
Номер : \_\_\_\_\_  
Работник : \_\_\_\_\_  
Имя : \_\_\_\_\_  
Номер : \_\_\_\_\_  
Телефон : \_\_\_\_\_  
Адрес : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(ADDRESSEE)



Вопросы? Спросите работника, ведущего ваше дело.

**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.

## ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ УСЛУГИ ПРИСМОТР ЗА ДЕТЬМИ

- Вам отказано в оплате присмотра за детьми за прошедшее время с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ по следующей причине:
- Присмотр за детьми был оплачен.
  - Другое: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## ТРАНСПОРТНЫЕ УСЛУГИ

За период с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ платежи за транспорт, которые вы просили по программе welfare-to-work:

- Отказаны.
- Меньше, чем вы просили (вы получите другое извещение, чтобы показать, как округ рассчитал эту сумму).

Причина:

- Вы уже получаете максимальную сумму, которую округ может выплачивать:
  - максимальная оплата за расстояние в милях: \$ \_\_\_\_\_ за \_\_\_\_\_.
  - Доступен общественный транспорт.
  - Доступен транспорт, предоставляемый округом.
- Вы участвовали в деятельности, не утвержденной программой welfare-to-work.
- Вам нужно передвигаться меньше, чем одну милю до места вашей деятельности утвержденной программой welfare-to-work.
- Вам не нужен запрашиваемый вами транспорт для посещения утвержденной деятельности по программе welfare-to-work, т.к.: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Другое \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## ТРАНСПОРТНЫЕ УСЛУГИ, ПРОДОЛЖЕНИЕ: ДОПОЛНИТЕЛЬНО

- Следующее, запрошенное вами, не было утверждено для оплаты:

Название	Сумма
_____	\$ _____
_____	\$ _____
_____	\$ _____

Причина:

- В оплате этого не было необходимости по причине:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Вам не нужно \_\_\_\_\_ для вашей деятельности по программе welfare-to-work, т.к. :
  - Вы участвовали в деятельности, не утвержденной программой welfare-to-work.
  - Другое: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Если у вас есть вопросы в отношении этого, звоните работнику, ведущему ваше дело: \_\_\_\_\_ по телефону № ( ) \_\_\_\_\_.

**Medi-Cal:** Это извещение НЕ изменяет и НЕ останавливает пособия Medi-Cal (Программа медицинской помощи штата Калифорния). **Храните вашу пластиковую карточку, удостоверяющую пособия.**

**Правила:** Применены следующие правила, с которыми вы можете ознакомиться в отделе социального обеспечения: MPP 42-75 0.

## 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 \_\_\_\_\_ П О Ч Т О В Ы Й 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 \_\_\_\_\_