

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРОДЛЕНИЯ 24-МЕСЯЧНОГО ЛИМИТА ВРЕМЕНИ ПРОГРАММЫ WELFARE-TO-WORK (WTW)

ИМЯ ДЕЛА _____

НОМЕР ДЕЛА _____

ОКРУГ _____

ДРУГИЕ НОМЕРА ID _____

ИМЯ РАБОТНИКА _____

Вопросы? Обратитесь к вашему работнику.

_____ числа, _____ запросил продление 24-месячного лимита времени программы WTW.
(ДАТА) (ИМЯ)

Основываясь на предоставленной вами информации, округ принял следующее решение:

Это продление УТВЕРЖДЕНО. Основание для продления: _____

Это означает, что вы можете продолжать деятельность в вашем плане программы welfare-to-work.

Ваше продление закончится _____ числа.
(ДАТА)

Ваше состояние может быть пересмотрено, чтобы определить, должны ли вы продолжать получать продление. Если ваше продление закончится, вам придется изменить деятельность в вашем плане программы welfare-to-work, чтобы соответствовать федеральным стандартам программы CalWORKs.

Если лимит времени для вас продолжится, то вам возможно придется предоставить округу информацию, чтобы подтвердить продление, до указанной выше даты или вам придется соответствовать федеральным стандартам программы CalWORKs.

Вы можете в любое время изменить деятельность вашего плана программы welfare-to-work, чтобы соответствовать федеральным стандартам программы CalWORKs, обратившись к вашему работнику и подписав новый план программы welfare-to-work.

В этом продлении ОТКАЗАНО. Основание для отказа: _____

После того, как вы использовали все 24 месяца вашего 24-месячного лимита времени программы WTW, вы должны соответствовать федеральным стандартам программы CalWORKs. Вы получите извещение от округа об изменении деятельности вашего плана welfare-to-work, чтобы соответствовать федеральным стандартам программы CalWORKs.

НЕМЕДЛЕННО ОБРАТИТЕСЬ К ВАШЕМУ СОЦИАЛЬНОМУ РАБОТНИКУ, ЕСЛИ:

- Вам нужно больше информации о федеральных стандартах программы CalWORKs, которым вы должны соответствовать после того, как вы используете все месяцы вашего 24-месячного лимита времени программы WTW.
- Считаете, что вы не должны быть в программе Welfare-to-Work и не попросили об освобождении или вам нужно больше информации об освобождении от участия в программе Welfare-to-Work.

ОБРАТИТЕСЬ К ВАШЕМУ СОЦИАЛЬНОМУ РАБОТНИКУ, ЕСЛИ ВЫ СЧИТАЕТЕ, ЧТО ЭТО ИЗВЕЩЕНИЕ НЕПРАВИЛЬНО. ТАКЖЕ, ВЫ МОЖЕТЕ ЗАПРОСИТЬ АДМИНИСТРАТИВНОЕ СЛУШАНИЕ ВАШЕГО ДЕЛА. ФОРМА "ВАШИ ПРАВА НА СЛУШАНИЕ" НА ОБОРОТНОЙ СТОРОНЕ ЭТОГО ИЗВЕЩЕНИЯ ОБЪЯСНЯЕТ, КАК ЗАПРОСИТЬ АДМИНИСТРАТИВНОЕ СЛУШАНИЕ.

ВАШИ ПРАВА НА СЛУШАНИЕ

Если вы не согласны с любым действием округа, вы имеете право запросить слушание вашего дела администрацией штата. У вас есть только 90 дней, чтобы попросить о слушании. 90 дней начинаются на следующий день после вручения или отправки вам этого извещения. Если у вас есть уважительная причина, из-за которой вы не могли попросить о слушании в течение 90 дней, вы все равно можете запросить слушание. Если вы сможете предоставить достаточное основание, слушание может быть запланировано.

Если вы попросите о слушании **до того, как действие по программам Cash Aid (денежной помощи), Medi-Cal (мед. помощи), CalFresh или Child Care (присмотр за детьми) вступит в действие:**

- Льготы Cash Aid или Medi-Cal останутся без изменений, пока вы ожидаете слушание.
- Льготы Child Care могут остаться без изменений, пока вы ожидаете слушание.
- Льготы CalFresh останутся без изменений до слушания или до окончания периода, на который одобряется помощь, в зависимости от того, что закончится раньше.

Если слушание решит, что мы правы, вы будете должны нам любые переплаченные суммы по программам Cash Aid, CalFresh или Child Care. Чтобы разрешить нам уменьшить или остановить ваши льготы до слушания, отметьте ниже:

Да, уменьшите или остановите: Cash Aid CalFresh
 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 Child Care 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, пока вы ожидаете решения, сумма вспомогательных услуг, выплачиваемых округом недостаточна для того, чтобы вы могли продолжать участвовать в деятельности, 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, обратитесь в организацию, предоставляющую вам услуги здравоохранения .

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 в письменном виде не попросите их 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 откроет для 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 and 10950.)**

ЧТОБЫ ПОПРОСИТЬ О СЛУШАНИИ:

- **Заполните эту страницу.**
- Сделайте копии с обеих сторон этого листа для своего архива. По вашей просьбе 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 пользующимся 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, указанному выше. Вы можете получить бесплатную юридическую помощь в местном отделении 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 о слушании по поводу действия Департамента Социального Обеспечения округа _____ в отношении:

Cash Aid CalFresh Medi-Cal

Другое (перечислите) _____

ПРИЧИНА: _____

Если вам нужно больше места, отметьте здесь и добавьте лист.

Я прошу штат предоставить мне бесплатного переводчика. (Родственник или друг не могут переводить вам на слушании.)

Мой язык или диалект: _____

ИМЯ ЛИЦА, КОТОРОМУ БЫЛО ОТКАЗАНО ВО ЛЬГОТАХ ИЛИ ЧЬИ ЛЬГОТЫ БЫЛИ ОСТАНОВЛЕНЫ ИЛИ ИЗМЕНЕНЫ

ДАТА РОЖДЕНИЯ _____ НОМЕР ТЕЛЕФОНА _____

АДРЕС _____

ГОРОД _____ ШТАТ _____ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС _____

ПОДПИСЬ _____ ДАТА _____

ИМЯ ЛИЦА, ЗАПОЛНИВШЕГО АНКЕТУ _____ НОМЕР ТЕЛЕФОНА _____

Я хочу, чтобы указанное ниже лицо представляло меня на слушании. Я разрешаю этому лицу ознакомиться с моим делом 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 _____