ФОРМА ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДОХОДА И ПРАВА НА ЛЬГОТЫ

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

Имя работника: _____

Номер работника: _____

Телефон : _____

Номер Дела : _____

Дата : _____

(ADDRESSEE)

Вопросы? Обратитесь к работнику, ведущему ваше дело

Когда вы запросили льготы программ денежной помощи, талонов на питание и/или Medi-Cal, мы сообщили вам, что будем сверять ваши доходы и ресурсы с различными агентствами для подтверждения сообщенной вами информации.

У нас имеются факты, которые отличаются от ☐ информации, предоставленной вами. Это связано с:

☐ Заработком

☐ Страховым пособием по безработице (UI)

☐ Льготами Социального Страхования или SSI

☐ Страховым пособием по нетрудоспособности (DI)

☐ Банковскими счетами/акциями/облигациями

Другим _____

Факты, имеющиеся у нас:

Вы должны сообщить нам до _____ числа, считаете ли вы эти факты правильными или нет.

- Если вы считаете, что эти факты неправильны, объясните нам, почему.

- Если эти факты правильны, помощь, получаемая вами по программам:
  ☐ Денежной помощи
  ☐ Талонов на питание ☐ Medi-Cal
  может измениться или остановиться. Вы получите извещение о действии (Notice of Action).

☐ Если вы получаете денежную помощь, и вы не известите нас до даты, указанной выше, мы можем обратиться к источнику, предоставившему нам информацию .

☐ Если вы получаете талоны на питание, и вы не известите нас до даты, указанной выше, вы получите извещение о действии об остановке выдачи вам талонов на питание.

☐ Если вы получаете Medi-Cal и вы не известите нас до даты, указанной выше, выше, мы можем обратиться к источнику, предоставившему нам информацию. Основываясь на информации, полученной нами, получаемые вами льготы программы Medi-Cal могут измениться или остановиться. Вы получите извещение о действии (Notice of Action).