ИЗВЕЩЕНИЕ 60-МЕСЯЧНЫЙ ЛИМИТ ВРЕМЕНИ

ОКРУГ

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

Дата извещения: _____

Дело
Название : _____

Номер : _____

Работник
Имя : _____

Номер : _____

Телефон : _____

Адрес : _____

(A RESSEE)

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. Ваши пособия не изменятся, если вы попросите о слушании до того, как это действие будет осуществлено.

ЕСЛИ ВЫ НЕ СОГЛАСНЫ С ИНФОРМАЦИЕЙ НА ЭТОЙ СТРАНИЦЕ, НЕМЕДЛЕННО ОБРАТИТЕСЬ К РАБОТНИКУ, ВЕДУЩЕМУ ВАШЕ ДЕЛО.

- Если вы и работник округа не можете согласиться по этим вопросам, вы должны попросить о слушании вашего дела администрацией штата в течение 90 дней со дня этого извещения.
- Если вы не запросите слушание вашего дела администрацией штата, вы можете не получить другую возможность изменить количество месяцев, указанных в этом извещении, учтенных в ваш 60-месячный лимит времени.

Medi-Cal: Это извещение НЕ изменяет и НЕ останавливает пособия Medi-Cal (Программа медицинской помощи штата Калифорния). **Храните вашу пластиковую карточку, удостоверяющую пособия.** Вы получите отдельное извещение, сообщающее о любых изменениях ваших льгот здравоохранения.

Талоны на питание: Это извещение НЕ останавливает и НЕ изменяет ваши льготы программы талонов на питание. Вы получите отдельное извещение, сообщающее о любых изменениях ваших льгот программы талонов на питание.

Получение только Medi-Cal и/или талонов на питание НЕ засчитывается в лимит времени на получение денежной помощи.

Правила: Применены следующие правила, с которыми вы можете ознакомиться в отделе социального обеспечения: MPP