

# ИЗВЕЩЕНИЕ ПРОГРАММЫ CALFRESH ОБ ОТВЕРЖДЕНИИ/ОТКАЗЕ/ ПРЕКРАЩЕНИИ Льгот Переходного Периода

Дата извещения: \_\_\_\_\_  
Название дела : \_\_\_\_\_  
Номер дела : \_\_\_\_\_  
Имя работника : \_\_\_\_\_  
Номер работника : \_\_\_\_\_  
Телефон : \_\_\_\_\_  
Адрес : \_\_\_\_\_

ADDRESSEE



Вопросы? Обратитесь к вашему работнику.

**Слушание дела администрацией штата:**  
Если вы считаете, что это действие неправильно, вы можете попросить о слушании вашего дела. На второй странице объясняется, как это сделать. Ваши льготы не могут быть изменены, если вы попросите о слушании до того, как это действие вступит в силу.

## Утверждение

По состоянию на \_\_\_\_\_, ваши льготы CalFresh составляют \$ \_\_\_\_\_ каждый месяц.

В связи с тем, что ваше дело по программе CalWORKs было закрыто, вы получите льготы переходной программы CalFresh (Transitional CalFresh benefits). Вы получите льготы переходной программы CalFresh начиная с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_.

Это заменяет предыдущий период аттестации.

Ваши льготы переходной программы CalFresh закончатся через 5 месяцев, если только ваша семейная группа не пройдет переаттестацию.

### Отчеты:

Вам предлагается сообщить, если у вас изменился адрес. Семейные группы, получающие льготы переходной программы не должны сдавать форму отчета.

### Переаттестация:

Вы получите извещение, когда вам надо будет пройти переаттестацию в конце 5-ти месячного переходного периода программы CalFresh.

- Вы можете запросить переаттестацию для получения регулярных льгот программы CalFresh в любое время, пока вы получаете льготы переходного периода программы CalFresh. Если вы запросите переаттестацию в течение первых четырех месяцев переходного периода программы CalFresh и регулярные льготы CalFresh меньше, чем сумма, которую вы получаете в переходный период, вы можете забрать ваш запрос на переаттестацию.
- Если вы подали заявление и были утверждены для получения льгот CalWORKs и регулярного CalFresh, у вас будет новый аттестационный период. Право на получение льгот переходного периода CalFresh закончится, когда льготы CalWORKs и регулярного CalFresh утверждены, даже если 5 месяцев не закончились.

## Отказ/Отмена

По состоянию на \_\_\_\_\_, переаттестация льгот CalFresh, которую вы запросили в течение первых 4-х месяцев получения льгот переходного периода CalFresh не была утверждена. Ваши льготы переходного периода CalFresh будут продолжаться, пока не закончится срок действия льгот переходного периода CalFresh.

### Причина:

- Вы отзывали ваш запрос на переаттестацию для получения регулярных льгот CalFresh.
- В течение 10 дней с даты запроса вы не предоставили нам информацию, которую мы просили.
- Вы не завершили запланированное собеседование.
- Другое (см. ниже):

## Прекращение

По состоянию на \_\_\_\_\_, ваши текущие льготы переходной программы CalFresh закончатся.

### Причина:

- Ваша заявка на льготы CalWORKs была одобрена.
- Ваша заявка на льготы CalFresh была одобрена.
- Ваши льготы на льготы CalWORKs и/или CalFresh восстановлены.
- Другое (см. ниже):

**Правила:** Применены следующие правила, с которыми вы можете ознакомиться в вашем отделе социального обеспечения: MPP § 63-504.6, MPP § 63-504.13.

## 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 \_\_\_\_\_