

ИЗВЕЩЕНИЕ ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ЛЬГОТ CALFRESH

ОКРУГ _____

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

Дата извещения : _____
Дело : _____
Имя : _____
Номер : _____
Работник : _____
Имя : _____
Номер : _____
Телефон : _____
Адрес : _____

(ADDRESSEE)

┌

└

┌

└

Вопросы? спросите вашего работника.

Административное слушание: Если вы считаете, что это действие неправильно, вы можете запросить слушание. На обороте этой страницы сказано, как это сделать. Ваши льготы не будут изменены, если вы запросите слушание до вступления в силу этого действия.

ВАШ ЗАПРОС НА ПОЛУЧЕНИЕ ЛЬГОТ CALFRESH БЫЛ УТВЕРЖДЕН.

Ваша первоначальная сумма льгот составляет: \$ _____ на _____. Сумма ваших льгот на остальной сертификационный период составляет \$ _____ с _____ по _____.

ЕСЛИ ВЫ ТАКЖЕ ЗАПРОСИЛИ ЛЬГОТЫ ДЕНЕЖНОЙ ПОМОЩИ, и они еще не утверждены, ваши льготы CalFresh могут быть уменьшены или остановлены без дополнительного извещения, если денежная помощь для вас будет утверждена.

- Ваше право на льготы CalFresh начинаются в тот же день, что и денежная помощь.
- Ваши льготы за первый месяц включают в себя льготы за более, чем один месяц, из-за даты, когда ваши льготы были утверждены.
- Ваши льготы за первый месяц были пропорционально распределены с учетом даты, когда вы подали заявление.

ТАК КАК ВЫ СРАЗУ ПОЛУЧИЛИ ЛЬГОТЫ CALFRESH, мы не требовали, чтобы вы предоставили нам следующие подтверждения:

Вы должны предоставить нам эти подтверждения до _____ числа, или ваши льготы CalFresh остановятся. Вы не получите другое извещение. Если подтверждения, которые вы пришлете, изменят ваше право на льготы, то мы изменим их. Вы **не получите** предварительное извещение до того, как мы примем это действие.

Ваша семья, получающая льготы CalFresh может иметь право на субсидии штата к оплате коммунальных услуг (SUAS). Если вы имеете право на эту субсидию, округ выдаст вам платеж SUAS наличными на сумму \$20.01. Этот платеж выдается один раз в год и если вы имеете на него право, то он будет депонирован на ваш счет EBT. Если у вас нет денежного счета EBT, то его откроют для вас на вашем счете карты EBT CalFresh. Вам не нужно ничего делать, чтобы получить новую карту, но вы сможете использовать эти деньги, для покрытия расходов, которые не оплачиваются льготами CalFresh. Этот платеж позволяет округу использовать наивысшую скидку с коммунальных услуг (Standard Utility Allowance - SUA) для льгот питания. Вы можете использовать \$20.01, когда вы пользуетесь вашей картой EBT. Если вам нужна дополнительная информация, обратитесь к вашему работнику.

Правила: Применены следующие правила:
Вы можете просмотреть их в вашем отделе социального обеспечения.

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 _____