

ОКРУГ

ИЗВЕЩЕНИЕ ОБ АДМИНИСТРАТИВНОЙ ДИСКВАЛИФИКАЦИИ

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

(ADDRESSEE)

Вопросы? Спросите вашего работника.

Слушание вашего дела: Вы не можете просить о рассмотрении дисквалификации на административном слушании. Если вы считаете, что новая сумма льгот CalFresh для остальных членов вашей семейной группы неправильна, вы можете попросить о слушании. На второй странице сказано, как это сделать. Чаще всего новая сумма не изменится, если только не будет принято решение об изменении на слушании.

ДИСКВАЛИФИКАЦИЯ

Следующие действия дисквалифицируют вас с программы CalFresh:

- Административное слушание признало, что вы умышленно нарушили правила программы.
- Суд решил, что вы умышленно нарушили правила программы.
- Вы подписали договор о согласии с дисквалификацией _____ числа.
- Вы подписали отказ от слушания вашего дела о дисквалификации (Administrative Disqualification Hearing) _____ числа.
- Вы были дисквалифицированы с программы CalFresh в _____ (МЕСТО).

Копия вышеуказанного действия была отправлена или дана вам. Если административное слушание признает вас виновным в умышленном нарушении программы, правление штата или федерации все равно может преследовать вас в судебном порядке.

ДИСКВАЛИФИКАЦИОННОЕ НАКАЗАНИЕ

Дисквалификационное наказание 12 месяцев за первое нарушение, 24 месяцев за второе нарушение и необратимая дисквалификация за третье нарушение. За нарушение следующих правил применяются отдельные наказания:

- Если вы признаны виновным в любом суде за обмен льгот CalFresh на огнестрельное оружие, боеприпасы или взрывчатые вещества, вы можете быть навсегда дисквалифицированы за первое нарушение.
- Если вы признаны виновным за обмен льгот CalFresh на контролируемые вещества, вы можете быть дисквалифицированы на 24 месяца за первое нарушение и навсегда за второе нарушение.
- Если вы признаны виновным за обмен или продажу льгот CalFresh на сумму \$500 или больше, вы можете быть дисквалифицированы навсегда.
- Если будет признано, что вы подали более одной анкеты одновременно и предоставили ложное удостоверение личности или информацию о проживании, вы можете быть дисквалифицированы на 10 лет.

Это ваше _____ нарушение, что значит:

- Вы не можете получать льготы CalFresh в течение _____ месяцев, с _____ по _____.
- Вас дисквалифицировали с программы CalFresh навсегда, начиная с _____.

Правила: Применены следующие правила, с которыми вы можете ознакомиться в отделе социального обеспечения: MPP Sections 20-300.221(c), 20-300.3, 22-003.11, 63-804.1, 63-805.1.

ОКОНЧАНИЕ ПЕРИОДА ДИСКВАЛИФИКАЦИИ

- Если вас дисквалифицировали на 12 или 24 месяца и вы по прежнему проживаете в той-же семейной группе, получающей льготы CalFresh, вы должны начать получать льготы CalFresh автоматически, в месяц, следующий после даты, указанной выше. Если это не произойдет, вы должны позвонить своему работнику или вернуть приложенную анкету.
- Если вы проживаете в новой семейной группе CalFresh, вы должны запросить, чтобы вас добавили в семейную группу по окончании даты, указанной выше. Вы или ваш уполномоченный представитель имеете право подать анкету CalFresh, подав анкету CalFresh в отдел социального обеспечения округа лично, по почте, факсу, электронной почте или заполнив анкету по интернету: <http://www.benefitscal.org/BenefitsPortal/landing.html>.
- Если вы не проживаете в семейной группе, получающей льготы CalFresh в конце дисквалификационного периода, вы должны снова запросить льготы CalFresh. Вы или ваш уполномоченный представитель имеете право подать анкету CalFresh в отдел социального обеспечения округа лично, по почте, факсу, электронной почте или заполнив анкету по интернету: <http://www.benefitscal.org/BenefitsPortal/landing.html>.
- Вы можете вернуть форму на следующей странице, чтобы запросить восстановление ваших льгот CalFresh.
- Если вас навсегда лишили льгот CalFresh, вы не можете восстановить льготы программы CalFresh.

ИЗВЕЩЕНИЕ ДЛЯ ДРУГИХ ЧЛЕНОВ ВАШЕЙ СЕМЕЙНОЙ ГРУППЫ

- Так как _____ был дисквалифицирован из программы CalFresh:
 - Сумма получаемых вами льгот CalFresh изменится с \$ _____ до \$ _____ начиная с _____.
 - Но так как вы сообщили об изменениях, получаемая вами сумма льгот CalFresh будет другой. В приложенном извещении об изменении указана сумма, которую вы получите.
 - Вы перестанете получать льготы CalFresh начиная с _____ из-за этой дисквалификации ваш доход чересчур высок. Вы можете снова запросить льготы, когда закончится период дисквалификации или изменятся обстоятельства.
 - Период вашей сертификации закончился. Вы можете запросить льготы в любое время. Сумма льгот CalFresh может измениться, т.к. _____ был дисквалифицирован.

ПРИМЕЧАНИЯ:

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 _____