

## ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРАВА НА ОСВОБОЖДЕНИЕ ОТ ПРОГРАММЫ CalWORKs

НАЗВАНИЕ ДЕЛА	
НОМЕР ДЕЛА	
ОКРУГ	ДРУГИЕ №
ИМЯ РАБОТНИКА	

Вопросы? Спросите работника.

\_\_\_\_\_ числа, \_\_\_\_\_ запросил освобождение. Округ принял следующее решение:  
(ДАТА) (ИМЯ)

### A. ОСВОБОЖДЕНИЕ ОТ УЧАСТИЯ В ПРОГРАММЕ WELFARE-TO-WORK И 24-МЕСЯЧНОГО ОГРАНИЧЕНИЯ ВРЕМЕНИ

1.  Это освобождение УТВЕРЖДЕНО. Причина для освобождения: \_\_\_\_\_

Начиная с \_\_\_\_\_, вы не должны участвовать в программе Welfare-to-Work и каждый месяц помощи  
(ДАТА)  
в течение периода, пока ваши условия или состояние продолжают, не будут учитываться в счет 24-месячного  
ограничения времени программы Welfare-to-Work. Ваше освобождение закончится \_\_\_\_\_.

Если ваше освобождение продлится, то до даты окончания, указанной выше, вы должны предоставить  
(ДАТА)  
информацию, указывающую что освобождение должно продлиться или вы должны будете принять участие в  
программе Welfare-to-Work.

Вы можете попросить о добровольном участии в программе Welfare-to-Work и вам будет сказано, какая  
деятельность и/или услуги доступны.

Ваше состояние может быть рассмотрено еще раз, чтобы определить, продолжить ли ваше освобождение. Если  
ваше освобождение закончилось, вы должны будете принять участие в программе Welfare-to-Work и каждый месяц  
помощи может быть учтен в 24-месячный лимит времени программы Welfare-to-Work.

2.  В этом освобождении ОТКАЗАНО. Причина отказа: \_\_\_\_\_

Вы должны участвовать в программе Welfare-to-Work и каждый месяц получения помощи может быть учтен в 24-  
месячный лимит времени программы Welfare-to-Work. Вы получите извещение от округа, в котором будет сказано,  
когда вы должны посещать деятельность и/или услуги программы Welfare-to-Work.

### B. ОСВОБОЖДЕНИЕ ОТ 48-МЕСЯЧНОГО ОГРАНИЧЕНИЯ ПРОГРАММЫ CalWORKs

1.  Это освобождение УТВЕРЖДЕНО. Причина для освобождения: \_\_\_\_\_

Начиная с \_\_\_\_\_, каждый месяц помощи в течение периода, пока ваши условия или состояние  
(ДАТА)  
продолжаются, не будут учитываться в 48-месячный лимит времени программы CalWORKs. Ваше освобождение  
закончится \_\_\_\_\_.

Если ваше освобождение продлится, то до даты окончания, указанной выше, вы должны предоставить  
(ДАТА)  
информацию, указывающую что освобождение должно продлиться или каждый месяц помощи будет учтен в 48-  
месячный лимит времени программы.

Ваше состояние может быть рассмотрено еще раз, чтобы определить, продолжить ли ваше освобождение. Если  
ваше освобождение закончилось, каждый месяц помощи будет засчитан в 48-месячный лимит времени  
программы CalWORKs.

2.  В этом освобождении ОТКАЗАНО. Причина отказа: \_\_\_\_\_

Каждый месяц помощи будет продолжаться засчитываться в 48-месячный лимит времени программы CalWORKs.

**ЕСЛИ ВЫ СЧИТАЕТЕ, ЧТО ЭТО ИЗВЕЩЕНИЕ НЕПРАВИЛЬНО, СВЯЖИТЕСЬ С ВАШИМ РАБОТНИКОМ. ВЫ ТАКЖЕ  
МОЖЕТЕ ПОПРОСИТЬ О СЛУШАНИИ ВАШЕГО ДЕЛА АДМИНИСТРАЦИЕЙ ШТАТА. ФОРМА “ВАШИ ПРАВА НА  
СЛУШАНИЕ” НА ОБРАТНОЙ СТРАНИЦЕ ЭТОГО ИЗВЕЩЕНИЯ ОБЪЯСНЯЕТ, КАК ПОПРОСИТЬ СЛУШАНИЕ  
ВАШЕГО ДЕЛА АДМИНИСТРАЦИЕЙ ШТАТА.**

**Правила:** Применены следующие правила, которые вы можете рассмотреть в местном отделе социального обеспечения: MPP 42-302.1, 42- 302.2,  
42-302.21, 42-302.3 - .34, 42-712, and Senate Bill 1041 (Chapter 47, Statutes of 2012).

## 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 начались 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 (Талоны на питание) 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 (Food Stamps)  Medi-Cal

Другого (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 В ЛЬГОТАХ ИЛИ 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 \_\_\_\_\_