

**ИЗВЕЩЕНИЕ О СРОКЕ ВАШЕГО  
ПРЕБЫВАНИЯ НА ПРОГРАММЕ CalWORKs  
-42 МЕСЯЦА ПОЛУЧЕНИЯ ПОМОЩИ**

ОКРУГ	
НАЗВАНИЕ ДЕЛА	
НОМЕР ДЕЛА	№ ДРУГОГО УДОСТОВЕРЕНИЯ
ИМЯ РАБОТНИКА	

Вопросы? Обращайтесь к работнику, ведущему ваше дело.

**ЭТО ИЗВЕЩЕНИЕ ПРЕДОСТАВЛЯЕТ ИНФОРМАЦИЮ В ОТНОШЕНИИ 48 МЕСЯЧНОГО  
СРОКА ПРЕБЫВАНИЯ НА ПРОГРАММЕ CalWORKs.**

Округ определил, что на \_\_\_\_\_ число вы, \_\_\_\_\_ получали  
(ДАТА) (ИМЯ)  
денежную помощь в течение **42-х месяцев** из вашего 48-ти месячного лимита пребывания на программе CalWORKs, на которые вы имеете право в течение жизни. Вы можете иметь право на получение помощи в течение еще 6 месяцев с указанной даты.

**НЕМЕДЛЕННО ОБРАТИТЕСЬ К РАБОТНИКУ, ВЕДУЩЕМУ ВАШЕ ДЕЛО, ЕСЛИ:**

- Вам необходима дополнительная информация о месяцах, которые вы уже использовали.
- Вы освобождены или были освобождены от 48-ти месячного лимита времени пребывания на программе CalWORKs и вы не просили об исключении.
- Вы не согласны с округом.
- Вам необходима дополнительная информация о требованиях 48-ти месячного лимита времени пребывания на программе CalWORKs или об исключениях, или о том, как запросить освобождение от ограничения времени.

**48-ТИ МЕСЯЧНЫЙ ЛИМИТ ВРЕМЕНИ НЕ ПОВЛИЯЕТ НА ВАШЕ ПРАВО НА ЛЬГОТЫ  
ПРОГРАММЫ CALFRESH ИЛИ MEDI-CAL.**

Если вы считаете, что лимит времени применен неправильно, вы можете попросить о слушании вашего дела администрацией штата. Для получения информации о том, как запросить слушание, обратитесь к работнику, ведущему ваше дело. Также, вы получите Извещение О Действии (NOA), сообщающее об окончании вашего 48 -ти месячного лимита получения денежной помощи программы CalWORKs, на который вы имеете право в течение жизни.