

# ИЗВЕЩЕНИЕ ОБ АДМИНИСТРАТИВНОЙ ДИСКВАЛИФИКАЦИИ

Дата извещения : \_\_\_\_\_  
 Дело : \_\_\_\_\_  
 Название : \_\_\_\_\_  
 Номер Работник : \_\_\_\_\_  
 Имя : \_\_\_\_\_  
 Номер : \_\_\_\_\_  
 Телефон : \_\_\_\_\_  
 Адрес : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

(ADDRESSEE)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Вопросы? Обратитесь к вашему работнику.

**Слушание вашего дела администрацией штата:**  
 Вы не можете просить о рассмотрении дисквалификации на административном слушании. Если вы считаете, что новая сумма льгот CalFresh для вашего семейства неправильна, вы можете попросить о слушании вашего дела. На оборотной стороне этой страницы сказано, как это сделать. Чаще всего новая сумма не изменится, если только не будет принято решение об изменении на слушании.

### ДИСКВАЛИФИКАЦИЯ

- Следующие факты дисквалифицируют вас с программы CalFresh:
- При слушании вашего дела администрацией штата было принято решение, что вы умышленно нарушили правила программы.
  - При слушании вашего дела судом было принято решение, 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 слушание вашего дела администрацией штата признает, что вы умышленно нарушили программу, правление штата или федерации могут привлечь вас к судебной ответственности.

### ДИСКВАЛИФИКАЦИОННОЕ НАКАЗАНИЕ

Дисквалификационное наказание: 12 месяцев за первое нарушение, 24 месяца за второе и необратимая дисквалификация за третье. Существуют отдельные наказания, если вы нарушите следующие правила:

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

Это ваше \_\_\_\_\_ нарушение, что значит:

- Вы не можете получать льгот CalFresh в течение \_\_\_\_\_ месяцев, с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_.
- Вас дисквалифицировали с программы льгот CalFresh навсегда, начиная с \_\_\_\_\_.

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

### ОКОНЧАНИЕ ПЕРИОДА ДИСКВАЛИФИКАЦИИ

- Если вы были дисквалифицированы на 12 или 24 месяца и вы по-прежнему проживаете в той-же семейной группе, вы должны начать получать льготы CalFresh автоматически, в месяц, следующий после окончания даты, указанной выше. Если это не произойдет, вы должны позвонить своему работнику или вернуть приложенную форму.
- Если вы проживаете в новой семейной группе, вы должны запросить, чтобы вас добавили в группу по окончании даты, указанной выше. Вы или ваш уполномоченный представитель имеете право подать анкету CalFresh, подав анкету CalFresh в отдел соц. обеспечения округа лично, по почте, факсу, электронной почте или заполнив анкету по интернету: <http://www.beneficial.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, подав анкету CalFresh в отдел соц. обеспечения округа лично, по почте, факсу, электронной почте или заполнив анкету по интернету: <http://www.beneficial.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.

### ИЗВЕЩЕНИЕ ДЛЯ ДРУГИХ ЧЛЕНОВ ВАШЕЙ СЕМЕЙНОЙ ГРУППЫ

- Так как \_\_\_\_\_ был дисквалифицирован из программы льгот CalFresh:
  - Сумма получаемых вами льгот CalFresh изменится с \$ \_\_\_\_\_ на \$ \_\_\_\_\_ начиная с \_\_\_\_\_.
  - Но так как вы сообщили об изменении, получаемая вами сумма льгот CalFresh будет другой. В приложенном извещении об изменении указана сумма, которую вы получите.
  - Вы перестанете получать льготы CalFresh начиная с \_\_\_\_\_. В результате этой дисквалификации, ваш доход черезчур высок. Вы сможете обратиться снова, когда закончится период дисквалификации или изменятся обстоятельства.
  - Период, на который были одобрены ваши льготы CalFresh закончился. Вы можете запросить их в любое время. Сумма льгот CalFresh может измениться, т.к. \_\_\_\_\_ был(а) 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 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 \_\_\_\_\_