

ОКРУГ

ИЗВЕЩЕНИЕ О ПЕРЕПЛАТЕ ЛЬГОТ ПРОГРАММЫ CALFRESH ТОЛЬКО ДЛЯ ОШИБОК АДМИНИСТРАЦИИ (АЕ)

Дата извещения : _____
Название : _____
дела : _____
Номер : _____
Имя : _____
работника : _____
Номер : _____
Телефон : _____
Адрес : _____

(ADDRESSEE)

┌ _____ ┐
└ _____ ┘

┌ _____ ┐
└ _____ ┘

Вопросы? Спросите Вашего работника.

Слушание администрацией штата: Если Вы считаете, что это действие неправильно, Вы можете попросить о слушании. На обратной стороне этой страницы объясняется, как это сделать. Ваши пособия не изменятся, если Вы попросите о слушании до того, как это действие будет осуществлено.

Слишком много льгот программы CalFresh (ранее известной как талоны на питание) было выдано:

- Семейной группе.
- Семейной группе, спонсором которой вы являетесь.

Причина:

- Неуказанный доход не отвечает требованиям для 20% скидки.

Вы должны выплатить переплаченную сумму льгот CalFresh.

Семейная группа получила \$ _____ в лишних льготах CalFresh за период _____.

Семейная группа получила \$ _____ льгот CalFresh

Семейная группа должна была получить льготы CalFresh на сумму \$ _____. \$ _____ (излишние льготы CalFresh) - это сумма льгот CalFresh, полученная вами после вычета суммы, которую вы должны были получить.

Эта сумма была уменьшена на \$ _____ т.к. мы получили часть переплаченной суммы обратно. Сейчас вы должны \$ _____.

Расчет переплаченной суммы вы можете увидеть на приложенном листе расчетов.

- Вам не надо использовать льготы программ социального страхования или дохода дополнительного страхования (SSI), получаемые вами, для выплаты переплаченной вам суммы.
- Сумма будет удержана со всех совершеннолетних живущих в семейной группе, во время переплаты.

Вы должны:

Полностью выплатить задолженность льгот CalFresh или подписать и вернуть приложенную форму договора о выплате (DFA 377.7E) и платить согласно договора.

Правила: Применены следующие правила, с которыми Вы можете ознакомиться в Вашем отделе социального обеспечения: MPP 63-801.22, 63-801.43, 63-801.7, 63-801.4

Предупреждение: Если вы считаете, что эта переплата неправильна, это ваша последняя возможность попросить о слушании. Если вы состоите в программе льгот CalFresh, округ может уменьшить сумму льгот CalFresh для получения переплаченной суммы, если только это не было ошибкой округа. По закону, если вы перестанете состоять в программе льгот CalFresh до того, как выплатите сумму задолженности, округ может вычесть сумму долга из возврата переплаченной суммы подоходного федерального налога/налога штата, как разрешено законом.

ДЕЙСТВИЯ ПРОГРАММЫ:

- Ваш договор о выплате будет основываться на вашей возможности, в настоящее время, платить согласно расчетов округа. Любые изменения в вашей возможности платить могут изменить ваши месячные платежи.
- Если вы не подпишите и не вернете договор в течение 30 дней со дня извещения, сумма льгот CalFresh, получаемых вами, будет уменьшена на _____%, начиная с _____.
- Если вы не выплатите задолженность, округ может использовать другие средства для получения задолженной суммы, например: через суд, другие методы агентства по сбору и действиями сборов федерального правительства.
- Если эта ошибка позже, судом или административным слушанием вашего дела, будет признана умышленным нарушением программы, штрафы будут применены даже, если вы согласитесь выплатить задолженность.
- Если будет задолженность по платежу или семейную группу будут судить, с вас могут высчитать дополнительные процессуальные или судебные издержки.
- Если вы не выплатите задолженность, округ может забрать возврат переплаченной суммы подоходного федерального налога/налога штата и/или потребовать у суда наложить арест на вашу зарплату или любую собственность, которой вы владеете.

ВАШИ ПРАВА НА СЛУШАНИЕ

Если вы не согласны с любым действием принятым округом, вы имеете право попросить о слушании вашего дела администрацией штата. У вас есть только 90 дней, чтобы попросить о слушании. 90 дней начались на 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, ваш запрос может быть запланирован.

Если вы попросите о слушании до того как действие по программам Cash Aid (денежной помощи), Medi-Cal (Медицинской помощи), CalFresh (Талонов на питание) или Child Care (Присмотра за детьми) вступит в действие:

- Льготы Cash Aid или Medi-Cal останутся без изменения, пока вы ожидаете слушания.
- Ваши льготы Child Care могут остаться без изменения, пока вы ожидаете слушания.
- Льготы CalFresh останутся без изменения до слушания или окончания периода, на который одобряется помощь, смотря что наступит ранее.

Если слушание решит, что мы правы, вы будете должны нам любые переплаченные суммы по услугам программ Cash Aid, CalFresh или Child Care. Для разрешения 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 сумма вспомогательных услуг, выплачиваемых округом, пока вы ожидаете решения недостаточна, чтобы позволить вам участвовать, 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, вы можете обратиться в организацию, предоставляющую услуги по здравоохранению.

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 не попросите их, в письменном виде, 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 заведет на 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 и 10950.**)

отобы попросить о слушании:

- Заполните эту страницу.
- Сделайте копии с обеих сторон этого листа для своего архива.
По вашей просьбе, ваш 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 пользующихся 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 штата, указанному выше. Вы можете получить бесплатную юридическую помощь в местном отделе 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 слушание по поводу действия Департамента Социального Обеспечения округа _____ в отношении:

Cash Aid CalFresh Medi-Cal

другого (перечислите) _____

Причина: _____

Если вам нужно больше места, отметьте этот квадрат и добавьте еще лист.

Я прошу штат предоставить мне бесплатного переводчика.
(Родственник или друг не может 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 ЭТУ АНКЕТУ _____ НОМЕР ТЕЛЕФОНА _____

Я хочу, чтобы указанное ниже лицо представляло меня на слушании. Я разрешаю этому человеку видеть мое дело 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 _____