

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

(ADDRESSEE)



Вопросы? Спросите вашего работника.

Настоящим извещаем вас, что вам переплатили льготы по программе AFDC-Foster Care на _____ (ИМЯ РЕБЕНКА) за период с _____ (MM/DD/YYYY) по _____ (MM/DD/YYYY).

Причина переплаты:

- Ребенок покинул ваш дом/учреждение _____ и вы не имели право на платежи на ребенка с _____ (ДАТА) числа или после этой даты; или
- Родители ребенка проживали в вашем доме в период времени, за которое вам заплатили; или
- Неправомерное использование фондов федерации/штата на временный присмотр за ребенком (MPP 11-404)
- Другое: _____ .

Общая сумма, которую вы получили: \$ _____

Общая сумма, которую вы должны были получить: \$ _____

Общая сумма переплаты: \$ _____

Дата, когда это было обнаружено: _____

Вы должны возместить переплаченную сумму в \$ _____.

Пожалуйста, оплатите чеком или денежным переводом, выписанным на:

Отправьте

Если вы не согласны с переплатой или суммой переплаты, пожалуйста, прочитайте инструкцию о запросе слушания администрацией штата на второй странице.

Если вы согласны с суммой переплаты, то в течение 90 календарных дней со дня этого извещения вы должны сделать одно из следующего:

- Произвести единовременный платеж на полную сумму;
- Достичь договоренности с округом о письменном договоре о возмещении суммы или о письменном добровольном соглашении компенсации выплаты (voluntary grant offset).

Если вы не выплатите переплаченную сумму единовременным платежом или не заключите договор о возмещении суммы, то у вас будут вынуждены удержать переплаченную сумму.

Если у вас есть любые вопросы в отношении расчета переплаты или договора о выплате, пожалуйста, обратитесь к работнику, указанному вверху этой формы.

Ссылки на правила: Sections 10553 and 10554, Welfare and Institutions Code. Reference: Section 11466.24. EAS Section 45-304, 45-305, 45-306 and 22-009.

ВАШИ ПРАВА НА СЛУШАНИЕ

Если вы не согласны с действием принятым округом, у вас есть право попросить о слушании вашего дела администрацией штата. У вас есть всего 90 дней, чтобы попросить о слушании. 90 дней начались на следующий день после вручения или отправки вам этого извещения.

Слушание вашего дела администрацией штата: Если вы считаете, что это действие неправильно, вы можете попросить о слушании вашего дела администрацией штата. Получаемые вами льготы не могут быть изменены, если вы попросите о слушании до того, как это действие вступит в силу.

Чтобы запросить слушание:

Если вы считаете, что это действие неправильно, вы можете попросить о неформальном слушании проводимым округом или о формальном слушании вашего дела администрацией штата. Получаемые вами льготы не могут быть изменены, если вы попросите о слушании до того, как это действие вступит в силу.

Для того, чтобы запросить неформальное слушание, ваш запрос должен быть сделан не позже, чем в течение 30 календарных дней после того, как это извещение было выслано вам. Вы можете сделать ваш запрос любым, из следующих методов:

Письменно: _____ по электронной почте: _____

Адрес _____ по телефону: _____
Адрес _____

Ваш запрос должен объяснить, почему вы хотите неформальное слушание и нужен ли вам будет бесплатный переводчик. Если вам будет нужен переводчик, пожалуйста, укажите на каком языке и диалекте вы говорите.

Вы можете опротестовать решение неформального слушания вашего дела округом на формальном слушании вашего дела администрацией штата. Вы можете запросить формальное слушание вашего дела администрацией штата в течение 90 календарных дней после того, как решение неформального слушания было выслано вам. Если неформальное слушание было запрошено, но не проведено, 90 дневный срок начнется через 31 день от даты этого извещения.

Если вы выбрали формальное слушание вашего дела администрацией штата, пожалуйста, обратите внимание, что вы должны запросить слушание в течение 90 календарных дней со дня получения этого извещения.

Если у вас есть какие-либо вопросы, обращайтесь к работнику, указанному вверху этой формы.

TDD - Для лиц с нарушенным слухом

ЧТОБЫ ЗАПРОСИТЬ СЛУШАНИЕ:

- Заполните эту страницу.
- Сделайте копию всех страниц для себя.
- Если вы попросите, работник сделает копию для вас.
- Отправьте или отнесите эту страницу по адресу:

ИЛИ

- Позвоните по бесплатному телефону: **1-800-952-5253** или для лиц с нарушенным слухом или речью воспользуйтесь TDD, **1-800-952-8349**.

Для получения помощи: Вы можете узнать о своих правах в отношении слушания администрацией штата или о направлении для получения юридической помощи позвонив по бесплатным номерам, указанным выше. Вы можете получить бесплатную юридическую помощь в местном отделе юридической помощи или отделе защиты прав лиц, получающих социальную помощь.

Если вы не хотите идти на слушание сами, вы можете привести с собой друга или другое лицо.

ПРОСЬБА О СЛУШАНИИ

Я прошу слушание по поводу действия Департамента Социального Обеспечения _____ округа в отношении: _____

Переплаты _____

Причина: _____

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

Я прошу штат предоставить мне бесплатного переводчика. (Родственник или друг не могут переводить на слушании.)

Мой язык или диалект: _____

ИМЯ ЛИЦА, КОТОРОМУ БЫЛО ОТКАЗАНО В ЛЬГОТАХ ИЛИ ЛЬГОТЫ БЫЛИ ОСТАНОВЛЕННЫ ИЛИ ИЗМЕНЕНЫ

ДАТА РОЖДЕНИЯ _____ НОМЕР ТЕЛЕФОНА _____

АДРЕС _____

ГОРОД _____ ШТАТ _____ ПОЧТОВЫЙ _____
ИНДЕКС _____

ПОДПИСЬ _____ ДАТА _____

ИМЯ ЛИЦА, ЗАПОЛНИВШЕГО ЭТУ ФОРМУ _____ НОМЕР ТЕЛЕФОНА _____

Я хочу, чтобы указанное ниже лицо представляло меня на слушании. Я разрешаю этому лицу видеть мое дело или прийти на слушание от моего имени. (Это лицо может быть другом или родственником, но не может переводить для вас.)

ИМЯ _____ НОМЕР ТЕЛЕФОНА _____

АДРЕС _____

ГОРОД _____ ШТАТ _____ ПОЧТОВЫЙ _____
ИНДЕКС _____