

**ИЗВЕЩЕНИЕ - РАЗРЕШЕНИЕ ПЛАТЕЖЕЙ  
УТВЕРЖДЕННОМУ ПРИСМАТРИВАЮЩЕМУ  
РОДСТВЕННИКУ (ARC)**

ОКРУГ

STATE OF CALIFORNIA  
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY  
CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Дата извещения: \_\_\_\_\_  
Название дела: \_\_\_\_\_  
Номер: \_\_\_\_\_  
Имя работника \_\_\_\_\_  
Номер: \_\_\_\_\_  
Телефон: \_\_\_\_\_  
Адрес: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(ADDRESSEE)

┌  
└

**Для утвержденных присматривающих родственников,  
участвующих в программе финансирования для утвержденных  
присматривающих родственников (Программа ARC):**

Настоящим извещаем вас, что вам переплатили льготы программы ARC на \_\_\_\_\_

(ИМЯ РЕБЕНКА)

за месяц(ы) с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_  
(MM/DD/YYYY) (MM/DD/YYYY)

Общая сумма, которую вы получили: \$ \_\_\_\_\_

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

Общая сумма переплаты: \$ \_\_\_\_\_

Дата обнаружения: \_\_\_\_\_  
(MM/DD/YYYY)

(Сбор допускается, если требование предъявляется в течение одного года с обнаружения.)

**Вы обязаны возместить переплаченную сумму \$ \_\_\_\_\_**

Причина переплаты:

- С \_\_\_\_\_ (числа) ребенок/подросток не проживали в вашем доме и вы не сообщили об этом социальному работнику вашего округа и вы получили платежи, на которые вы не имели право.

Другое:

По закону мы можем удерживать задолженность программе ARC, если переплата произошла по вине утвержденного присматривающего родственника. Мы не можем требовать, чтобы вы погасили задолженность, если вы соответствуете **исключению**. Исключениями к погашению являются:

- Переплата произошла по административной ошибке округа, ИЛИ
- Ни округ, ни утвержденный присматривающий родственник не знали о переплате и не способствовали этому.
- Отсутствие подростка было временным и фонды использовались для поддержки дома к возвращению подростка или для поддержки его/ее потребностей.

**Если вы не согласны с причиной переплаты или с суммой переплаты, вы можете запросить слушание. На следующей странице сказано, как это сделать.**

Если вы согласны с причиной и суммой переплаты, то в течение 90 дней со дня отправки или вручения вам этого извещения, вы должны сделать **одно из следующего**:

- 1) Сделать единовременную выплаты всей суммы.

**Пожалуйста, оплатить чеком или денежным переводом, выписанным на:**

**Отправьте:**

- 2) Подпишите письменное соглашение о погашении задолженности. Для обсуждения условий письменного соглашения, свяжитесь с социальным работником, указанным сверху этой формы.

Если у вас есть вопросы о расчете задолженности, свяжитесь с социальным работником, указанным сверху этой формы.

**Соответствующий закон:** Welfare and Institutions Code sections 11461.3 and 11466.24; MPP sections 22-009, 45-304, 45-305, and 45-306.

## 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 начинаются 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 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  Medi-Cal

Другое (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 ВО ЛЬГОТАХ ИЛИ ЧЬИ 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 \_\_\_\_\_