ИЗВЕЩЕНИЕ

ОКРУГ

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

Дата извещения : _____

Дело Имя : _____

Номер : _____

Работник Имя : _____

Номер : _____

Телефон : _____

Адрес : _____

(ADDRESSEE)

Вопросы? Обратитесь к работнику, ведущему ваше дело.

Слушание дела администрацией штата: Если вы считаете, что это действие неправильно, вы можете попросить о слушании вашего дела администрацией штата. На обратной стороне этой страницы объясняется, как это сделать. Ваше пособие не изменится, если вы попросите о слушании до того, как это действие будет осуществлено.

Medi-Cal: Это извещение НЕ изменяет и НЕ останавливает пособия Medi-Cal (Программа медицинской помощи штата Калифорния). **Храните вашу пластиковую карточку, удостоверяющую пособия.** Вы получите отдельное извещение, сообщающее о любых изменениях ваших льгот здравоохранения.

CalFresh: Это извещение НЕ останавливает и НЕ изменяет ваши льготы программы CalFresh. Вы получите отдельное извещение, сообщающее о любых изменениях ваших льгот программыCalFresh.

Получение только Medi-Cal и/или CalFresh НЕ засчитывается в лимит времени на получение денежной помощи.

Правила: Применены следующие правила, с которыми вы можете ознакомиться в местном отделе социального обеспечения.: MPP 44-100; 44-314; 44-315; SB 1041 (Chapter 47, Statutes of 2012).

Сумма месячной денежной помощи

Секция A. Исчисляемый доход за месяц _____

1. Общий доход от работы на себя . . . . . $ _____
2. Расходы работы на себя:
   a. Стандартные 40% . . . . . - _____
   ИЛИ
   b. Реальные . . . . . - _____
3. Чистый доход от работы на себя . . . . . = _____
4. Итого доход по нетрудоспособности (DBI) (Группа получающая помощь + лица, не относящиеся к этой группе) . . . . . $ _____
5. Скидка $225 DBI (Если #4 больше, чем $225) . . . . . - _____
6. Учитываемый доход по нетрудоспособности . . . . . = _____
   ИЛИ
7. Неиспользованная сумма от скидки DBI . . . . . = _____
8. Чистый доход от работы на себя (с линии сверху) . . . . . + _____
9. Общий другой заработанный доход . . . . . + _____
10. Неиспользованная сумма скидки $225 (с линии #7) . . . . . - _____
11. Промежуточный итог . . . . . = _____
12. Скидка с заработанного дохода 50%. . . . . - _____
13. Промежуточный итог . . . . . = _____
14. Учитываемый доход по нетрудоспособности (с линии #6) . . . . . + _____
15. Промежуточный итог . . . . . = _____
16. Остальной учитываемый доход (Группа получающая помощь + лица, не относящиеся к этой группе) . . . . . + _____

Чистый исчисляемый доход . . . . . = _____

Секция B. Ваша денежная помощь за месяц _____

1. Максимально разрешенная помощь на _____ лиц (Группа получающая помощь + лица, не относящиеся к этой группе) . $ _____
2. Особые потребности (Группа получающая помощь + лица, не относящиеся к этой группе) . . . . . + _____
3. Чистый исчисляемый доход из секции A (сверху) . . . . . - _____
4. Промежуточный итог . . . . . = _____
5. Максимально разрешенная помощь на _____ лиц (Только группа получающая помощь) (Исключения MFG, или оштрафованные лица) $ _____
6. Особые потребности (Только группа получающая помощь) . . . . . + _____
7. Промежуточный итог максимально разрешенной помощи . . . . . = _____
8. **Промежуточный итог за полный месяц** (Наименьшая сумма с линии 4 или 7) . . . . . = _____
9. Линия 8 распределена пропорционально на часть месяца . . . . . = _____
10. Поправки: Штраф 25% из-за алиментов на содержание детей . - _____
    Другие штрафы . . . . . - _____
    Переплата . . . . . - _____
    Штрафы программы Cal-Learn . . . . . - _____
    Надбавка за школу ($100 или $500) . . . . . + _____
11. **Сумма месячной денежной помощи** (Линия 8 или 9 с поправкой) . . . . . $ _____

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 останется 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.)**

×тобы 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