

ОТКАЗ В ПРАВЕ НА ФИНАНСОВУЮ ПОМОЩЬ

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

(ADDRESSEE)



Вопросы? Спросите Вашего работника.

Слушание администрацией штата: Если вы считаете, что это неправильно, вы можете попросить о слушании вашего дела администрацией штата. На обратной стороне этой страницы объясняется, как это сделать. Возможно ваши пособия не изменятся, если вы попросите о слушании до того, как эти изменения вступят в силу.

Итого: учитываемый доход семьи

(группа, получающая помощь, + люди, не относящиеся к этой группе)	\$ _____
Скидка \$90 на каждого работающего	- _____
Остальной учитываемый доход (группа, получающая помощь + люди, не относящиеся к этой группе)....	+ _____
(A) Чистый исчисляемый доход	= _____

Потребности семьи

Основные потребности на ___ человек (группа, получающая помощь + люди, не относящиеся к этой группе) ..	\$ _____
Особые потребности (группа, получающая помощь, + люди, не относящиеся к этой группе)	+ _____
(B) Потребности семьи	= _____

Medi-Cal: Это извещение НЕ меняет и НЕ останавливает льготы Medi-Cal (Программа медицинской помощи штата Калифорния). **Храните Вашу(и) пластиковую(ые) карточку(и), удостоверяющую(ие) пособия.** Вы получите отдельное извещение о любых изменениях льгот по программе Medi-Cal.

Талоны на питание: Это извещение НЕ меняет и НЕ останавливает льготы программы талонов на питание. Вы получите отдельное извещение о любых изменениях льгот по программе талонов на питание.

Получение только льгот программы Medi-Cal и/или талонов на питание НЕ учитывается при определении лимита времени программы денежной помощи.

Правила: Применены следующие правила, с которыми Вы можете ознакомиться в Вашем отделе социального обеспечения: MPP 44-207.1