



# ПРАВО ЗАПРОСИТЬ О СЛУШАНИИ ДЕЛА АДМИНИСТРАЦИЕЙ ШТАТА

1. У Вас есть право на встречу с представителями социального обеспечения округа для обсуждения этого предполагаемого действия. На этой встрече Вы можете представлять себя сами или быть представленными адвокатом, другом или другим человеком. Если Вы хотите назначить такую встречу, обратитесь в департамент социального обеспечения Вашего округа.
2. Независимо от того, назначили Вы такую встречу или нет, Вы можете попросить о слушании Вашего дела администрацией штата и принятия решения директором департамента социального обеспечения штата (см. анкету ниже). Ваш запрос может быть в письменной или устной форме, но в нем должна быть изложена причина, почему Вы просите о слушании и чем Вы недовольны. **ВАШ ЗАПРОС НА СЛУШАНИЕ ДОЛЖЕН БЫТЬ СДЕЛАН В ТЕЧЕНИЕ 90 ДНЕЙ СО ДНЯ ОТПРАВКИ ВАМ ЭТОГО ИЗВЕЩЕНИЯ.**
3. ЕСЛИ ВЫ ЗАПРОСИЛИ О СЛУШАНИИ В ЛЮБОЕ ВРЕМЯ ДО ДАТЫ ВСТУПЛЕНИЯ В СИЛУ ПРЕДЛАГАЕМОГО ОКРУГОМ ДЕЙСТВИЯ, УСЛУГИ ДЛЯ ВАС МОГУТ ПРОДОЛЖАТЬСЯ ДО СЛУШАНИЯ ВАШЕГО ДЕЛА. Вы не будете ответственны за возмещение суммы денег за услуги, полученные за время рассмотрения Вашего дела даже, если Вы получите отказ в результате рассмотрения Вашего дела, если просьба о слушании была сделана чистосердечно.
4. Вы можете запросить о слушании сами или Вы можете попросить работников департамента о помощи. Однако, в любом случае, известите об этом Вашего работника округа как можно скорей.
5. Вы имеете право быть представленными адвокатом или другим человеком (другом, родственником или другим лицом) на слушании. Вы можете получить бесплатную юридическую помощь и услуги адвоката. Вы можете получить помощь в поиске бесплатной юридической помощи, позвонив по бесплатному номеру телефона в отдел вопросов и ответов. Также, Вы можете обратиться в ближайшую

организацию по защите просителей/получателей социальных услуг для помощи в представлении Вашего дела.

6. Правила штата, контролирующие процесс слушания дел, доступны в окружном департаменте социальной помощи.
7. Использование информации - информация, которую Вы должны предоставить, обязательна для того, чтобы обработать Ваше дело для слушания администрацией штата в соответствии с правилами W&IC 10950. В отделе главного арбитра будет открыто дело. У Вас есть право рассмотреть документы, на основе которых будет принято решение. Любая информация, представленная Вами, может быть передана в окружной департамент социального обеспечения или в департамент Соединенных Штатов по здравоохранению и гуманитарным услугам.

*Если Вы желаете отправить письменное заявление о слушании Вашего дела, пожалуйста, отправьте этот лист в департамент социального обеспечения округа. Адрес Вы найдете в верхнем правом углу, на первой странице этого извещения*

*Для того, чтобы запросить о слушании Вашего дела по телефону или для получения дополнительной информации о Ваших правах при слушании Вашего дела или о Вашем деле, Вы можете обратиться:*

---

Public Inquiry and Response  
State Department of Social Services  
744 P Street, Mail Station 20-23  
Sacramento, Ca. 95814  
(800) 952-5253 (бесплатный номер телефона)\*  
TDD (800) 952-8349\* Для людей, с  
нарушенным слухом или речью

\* Возможно, Вам надо сначала набрать "1".

---

---

## ЗАПРОС О СЛУШАНИИ ДЕЛА АДМИНИСТРАЦИЕЙ ШТАТА

Имя (фамилия, имя (инициал)) \_\_\_\_\_ Номер телефона \_\_\_\_\_ Номер социального страхования \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_ Город \_\_\_\_\_ Штат \_\_\_\_\_ Почтовый индекс \_\_\_\_\_

Настоящим я прошу о слушании моего дела администрацией департамента социальных услуг штата по действию, принятому округом в отношении социальных услуг для меня. Причина моего запроса:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Я не говорю и не понимаю по-английски, поэтому мне нужен переводчик Язык: \_\_\_\_\_ Диалект: \_\_\_\_\_  
для моего слушания:

Подпись \_\_\_\_\_ Дата подписи \_\_\_\_\_

## УПОЛНОМОЧЕННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ

Я уполномочиваю нижеуказанное лицо действовать от моего имени в моей жалобе. Я разрешаю департамент выдать любую или всю информацию в отношении моего дела этому лицу.

Имя уполномоченного представителя \_\_\_\_\_

Адрес уполномоченного представителя \_\_\_\_\_

Подпись подающего запрос на слушание \_\_\_\_\_ Дата подписи \_\_\_\_\_