

ИЗВЕЩЕНИЕ ОБ ОТКАЗЕ В ДЕНЕЖНОЙ ПОМОЩИ ПО ПРОГРАММЕ ДЛЯ ИММИГРАНТОВ (CARI)

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)

Вопросы? Спросите Вашего работника.

Слушание администрацией штата: Если Вы считаете, что это действие неправильно, Вы можете попросить о слушании. На обратной стороне этой страницы объясняется, как это сделать. Ваши пособия не изменятся, если Вы попросите о слушании до того, как это действие будет осуществлено.

В Вашем заявлении на Денежную Помощь по Программе для Иммигрантов (CARI) от _____ числа было отказано.

месяц/число/год

Причина:

- ☐ Статус Вашего гражданского или иммиграционного состояния не отвечает требованиям CARI. (MPP 48-020)
- ☐ Ваш доход в \$_____, который может включать в себя учитываемый доход спонсора, превышает разрешенный лимит. (MPP 49-035)
- ☐ Ваши ресурсы, которые могут включать в себя учитываемый доход спонсора, превышают разрешенный лимит в \$2,000 для одного лица или \$3,000 для семьи. (MPP 49-040)
- ☐ Непредоставление доказательств, что Вы подали заявление на получение льгот дохода дополнительного страхования (SSI) или что Вы сделали все необходимое для получения SSI. (MPP 49-030)
- ☐ Ваш SSI был одобрен; Вы не можете получать и льготы SSI и платежи по программе CARI. (MPP 49-030)
- ☐ Не было взаимодействия с округом по вопросу анкеты (см. заметки). (MPP 49-015.1)
- ☐ Вы проживаете в общественном учреждении (MPP 49-010.21).
- ☐ Вы не являетесь постоянным жителем Калифорнии. (MPP 49-010.14)
- ☐ У округа есть информация, что подавший заявление скончался. (MPP 49-060.33)
- ☐ Вы не старше 65 лет, слепы или инвалид. (MPP 49-025)
- ☐ Вы добровольно забрали свою анкету.
- ☐ Вы находились за пределами США в течение всего месяца. (MPP 49-010.24).
- ☐ Другое _____.

Правила: Применены следующие правила, с которыми Вы можете ознакомиться в Вашем отделе социального обеспечения: W & IC, Division 9, Part 6, Chapter 10.3, Sections 18937 through 18944; MPP Sections 49-001 through 49-070.

Заметки:

ВАШИ ПРАВА НА СЛУШАНИЕ

Если вы не согласны с 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 следующий день после вручения или отправки вам этого извещения.

Если вы попросите о слушании до того как действие по программам Cash Aid (денежной помощи), Medi-Cal (Медицинской помощи), Food Stamps (Талонов на питание) или Child Care (Присмотра за детьми) вступит в действие:

- Ваша денежная помощь или медицинская помощь останется без изменения, пока вы ожидаете слушания.
- Ваши услуги по присмотру за детьми могут остаться без изменения, пока вы ожидаете слушания.
- Ваши талоны на питание 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, Food Stamps или Child Care. Для разрешения нам уменьшить или остановить ваши льготы до слушания, отметьте ниже: Да, уменьшите или остановите:

☐ Cash Aid ☐ Food Stamps ☐ 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 присмотра за детьми 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 департаменту Здравоохранения и Гуманитарной Помощи и Социальных Услуг Соединенных Штатов. (**W&I Code Sections 10850 и 10950.**)

ЧТОБЫ 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:

- ☐ денежной помощи ☐ талонов на питание
☐ 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
-------	------	-----------------