

**ИЗВЕЩЕНИЕ ОБ ИЗМЕНЕНИИ 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.

**ИЗМЕНЕНИЕ В ЛЬГОТАХ:**

Начиная с \_\_\_\_\_, выплата Вам CARI изменилась  
(месяц/день/год)

с \$ \_\_\_\_\_ на \$ \_\_\_\_\_ по причине:

- Ваш доход или доход Вашей(го) супруги(а) родителя или спонсора изменился. (MPP 49-035)
- Ваше семейное положение изменилось.(MPP 49-035, MSS 49-050)
- Условия Вашего проживания изменились.(MPP 49-050)
- Вам было переплачено (см. примечания) (20 CFR 416.537)
- Другое \_\_\_\_\_

**ПРЕКРАЩЕНИЕ:**

Начиная с \_\_\_\_\_, выплата Вам CARI прекращена по причине:  
(месяц/день/год)

- Статус Вашего гражданского или иммиграционного состояния не отвечает требованиям CARI.(MPP 49-020)
- Ваш доход в \$ \_\_\_\_\_, который может включать доход спонсора, превышает разрешенный лимит. (MPP 49-035)
- Ваши ресурсы, которые могут включать 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 льготы SSI и платежи по программе CARI. (MPP 49-030)
- Не было взаимодействия с округом (см. заметки). (MPP 49-060.1)
- Вы находитесь за пределами Соединенных Штатов (включая больницы, места заключения, стационары, но не ограничиваясь ими). (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 более не слепы или инвалид. (MPP 49-025)
- Вы попросили остановить Вам выплату CARI. (MPP 49-060.35)
- Вы находитесь за пределами Соединенных Штатов в течение всего месяца. (MPP 49-010.24)
- Другое \_\_\_\_\_

**ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ОТЧЕТ**

Сумма выплаты Вам CARI основывается на всей информации, которую мы получаем. Вы должны сообщать округу каждый раз, когда происходят любые изменения, включая изменения в доходе, ресурсах или условиях проживания для себя, супруга(и), родителей или ребенка, которые проживают с Вами, или Вашего спонсора и его(ее) супруга(и), независимо от места их проживания.

Вы должны сообщить нам обо всех изменениях в течение 10 дней со дня изменения. Помните: изменение может увеличить или уменьшить выплату Вам CARI. Вам, возможно, придется вернуть переплаченную Вам сумму.

**Правила:** Применены следующие правила, с которыми Вы можете ознакомиться в Вашем отделе социального обеспечения: (MPP 49-001 по 49-070)