ИЗВЕЩЕНИЕ

ОКРУГ

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

Дата извещения : _____
Дело
Имя : _____
Номер : _____
Работник
Имя : _____
Номер : _____
Телефон : _____
Информация
24 часа: _____
Адрес : _____
_____

(ADDRESSEE)

Вопросы? Спросите работника или позвоните по вышеуказанному номеру.

СЛУШАНИЕ ДЕЛА АДМИНИСТРАЦИЕЙ ШТАТА: Если вы считаете, что это действие неправильно, вы можете попросить о слушании вашего дела. На второй странице сказано, как это сделать. Ваши льготы не могут измениться, если вы запросите слушание до того, как это действие вступит в силу.

Начиная с _____, округ останавливает вашу:

- ☐ Денежную помощь
- ☐ Льготы программы CalFresh

Причина:

По состоянию на 11 число этого месяца, округ не получил ваш квартальный отчет (QR 7), который должен быть подан в этом месяце.

Чтобы продолжить получать денежную помощь и/или льготы программы CalFresh, вы должны сдать заполненный отчет QR 7.

Отчет QR 7 считается заполненным, когда вы ответили на все вопросы и приложили требуемые подтверждения.

Округ должен получить ваш заполненный отчет не позже, чем первый рабочий день следующего месяца.

Информация, которую вы представите нам, может изменить или остановить вашу денежную помощь и/или льготы программы CalFresh.

Если вы сдадите заполненный отчет QR 7 любое время в следующем месяце, и в результате будет видно, что вы имеете право на получение льгот денежной помощи и/или программы CalFresh, ваши льготы начнутся со дня, когда вы сдадите форму отчета.

Medi-Cal: Это извещение НЕ МЕНЯЕТ и НЕ ОСТАНАВЛИВАЕТ льготы программы Medi-Cal. Если есть изменения льгот программы Medi-Cal, вы получите отдельное извещение. **Храните вашу пластиковую карточку удостоверяющую пособия**.

Вы и ваша семья можете продолжить получать льготы программы Medi-Cal, если ваша денежная помощь остановится и:

- у вас есть доходы от работы, бизнеса, который вы начали или если вы получили повышение зарплаты.
- вы начали получать или увеличилась сумма получаемых вами алиментов на ребенка/супругу.

Правила: Применены следующие правила, с которыми вы можете ознакомиться в окружном отделе социального обеспечения - Cash Aid: MPP 40-105.1, 40-181.22; CalFresh: 63-103(n), 63-508.6. TCVAP, RCA and ECA: 70-105.1, 69-206 and 69-301.

Если вам нужна помощь для заполнения отчета QR 7, то округ поможет вам. Пожалуйста, обратитесь в офис округа и попросите о помощи.
Бесплатный номер телефона _____.

ВАШИ ПРАВА НА СЛУШАНИЕ

Если вы не согласны с любым действием округа, вы имеете право запросить слушание 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 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, слушание может быть запланировано.

Если вы попросите о слушании до того, как действие по программам Cash Aid (денежной помощи), Medi-Cal (мед. помощи), CalFresh (Талоны на питание) или Child Care (присмотр за детьми) вступит в действие:

- Льготы Cash Aid или Medi-Cal останутся без изменений, пока вы ожидаете слушание.
- Льготы Child Care могут остаться без изменений, пока вы ожидаете слушание.
- Льготы CalFresh останутся без изменений до слушания или до окончания периода, на который одобряется помощь, в зависимости от того, что закончится раньше.

Если слушание решит, что мы правы, вы будете должны нам любые переплаченные суммы по программам Cash Aid, CalFresh или Child Care. Чтобы разрешить 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, указаной округом.
- Если, пока вы ожидаете решения, сумма вспомогательных услуг, выплачиваемых округом недостаточна для того, чтобы вы могли продолжать участвовать в деятельности, 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, обратитесь в организацию, предоставляющую вам услуги здравоохранения .

Медицинская поддержка и/или алименты на детей: Местное агентство по помощи детям бесплатно помощет 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 в письменном виде не попросите их 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 откроет для 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 and 10950.)**

ЧТОБЫ ПОПРОСИТЬ О СЛУШАНИИ:

- **Заполните эту страницу.**
- Сделайте копии с обеих сторон этого листа для своего архива. По вашей просьбе 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 пользующимся 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, указанному выше. Вы можете получить бесплатную юридическую помощь в местном отделении 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 о слушании по поводу действия Департамента Социального Обеспечения округа_____ в отношении:

☐ Cash Aid ☐ CalFresh (Food Stamps) ☐ Medi-Cal

☐ Другого (перечислите) _____

ПРИЧИНА: _____

_____

_____

_____

_____

_____

☐ **Если вам нужно больше места, отметьте здесь и добавьте лист.**

☐ Я прошу штат предоставить мне бесплатного переводчика. (Родственник или друг не могут 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 АНКЕТУ	НОМЕР ТЕЛЕФОНА

☐ **Я хочу, чтобы указанное ниже лицо представляло меня на слушании. Я разрешаю этому лицу ознакониться с моим делом 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