

ИЗВЕЩЕНИЕ ОБ ИСТЕЧЕНИИ СРОКА СЕРТИФИКАЦИИ ПО ПРОГРАММЕ CALFRESH

ОКРУГ

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

Вопросы? Обратитесь к работнику.

Слушание дела администрацией штата: Если вы считаете, что это действие неправильно, вы можете попросить о слушании вашего дела администрацией штата. На обратной стороне этой страницы объясняется, как это сделать. Ваше пособие не изменится, если вы попросите о слушании до того, как это действие будет осуществлено.

1. Период действия вашей сертификации на программу талонов на питание истекает _____
MM/DD/CCYY
2. Если вы хотите продолжать получать талоны на питание, без перерыва, вы должны заполнить новую анкету не позже, чем на 15-й день последнего месяца периода вашей сертификации. Вы должны пройти собеседование и **любое** подтверждение дохода, расходов или другой информации сдано не позже, чем окончание сертификационного периода.
3. Если ваш сертификационный период один или два месяца, обратитесь к вашему работнику, чтобы узнать, когда ваша анкета должна быть сдана.
4. Вы получите отдельное письмо с датой и временем собеседования. Если в течение 10 дней после получения этого извещения вы не получите письмо с информацией о собеседовании, немедленно свяжитесь с вашим работником. В письме о собеседовании будет сказано, будет ли ваше собеседование по телефону или вам для собеседования надо будет прийти в офис.

ВАЖНЫЕ ПРАВИЛА

- Чтобы избежать возможных задержек в получении льгот, если вы подаете квартальные отчеты, вы должны сдать заполненный квартальный отчет (QR 7) не позже 11-ого числа месяца, в котором вы должны сдать отчет.
- Если вы не подадите анкету до 15-го числа последнего месяца сертификационного периода, пройдите собеседование **и** сдайте подтверждение дохода, расходов или другой информации в течение 10 дней со дня собеседования, возможно, вам придется ожидать 30 дней до окончательного принятия решения по вашему заявлению. Дополнительно, возможно, что вы получите только частичные льготы за первый месяц вашего нового сертификационного периода. Вы имеете право запросить Ускоренное Обслуживание (ES) если произошла задержка в получении льгот.
- Вы должны сообщить окружному департаменту социального обеспечения, если вы не подали документы вовремя по уважительной причине. Если у вас есть уважительная причина для задержки в подаче документов, возможно, вы получите обратно утраченные льготы.
- Вы имеете право в любое время получить анкету из департамента социальных услуг округа и округ должен принять вашу анкету. Анкета должна быть подписана и содержать как минимум, разборчиво написанные имя, адрес и подпись или свидетеля отметки, если отметка вместо подписи.
- Вы или ваш уполномоченный представитель имеете право подать анкету CalFresh сдав анкету в окружной департамент социального обеспечения лично, по почте, факсу, по электронной почте, посредством электронной передачи или заполнив анкету он-лайн по адресу: <http://www.benefitscal.org/BenefitsPortal/landing.html>. Время, чтобы предоставить льготы рассчитывается с даты подачи заявки в окружном отделе соцобеспечения. Заявление, подписанное с помощью электронных методов подписания или приложение, содержащее собственноручной подписи, а затем переданное по факсу или другим электронным передачи приемлемо.
- Вам будет предоставлена 10 дней сдать любую запрашиваемую информацию. Пожалуйста, скажите вашему работнику, если вы нуждаетесь в помощи для получения этой информации.

ПРАВИЛА: Применены следующие правила, с которыми вы можете ознакомиться в вашем отделе социального обеспечения: CalFresh MPP Section(s): 63-300.3, 63-504.25, 63-504.251, 63-504.5, 63-504.6, 63-504.61; Federal Regulation Title 7 CFR § 273.12.

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, указанной 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 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 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 ознакомиться 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 _____