

ОКРУГ

# ИЗВЕЩЕНИЕ ОБ ИЗМЕНЕНИИ Льгот по Программе Талонов на Питание для Семей Отчитывающихся Ежеквартально

Дата уведомления : \_\_\_\_\_  
Название : \_\_\_\_\_  
дела : \_\_\_\_\_  
Номер : \_\_\_\_\_  
Имя : \_\_\_\_\_  
работника : \_\_\_\_\_  
Номер : \_\_\_\_\_  
Телефон : \_\_\_\_\_  
Адрес : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(ADDRESSEE)

┌ \_\_\_\_\_ ┐  
└ \_\_\_\_\_ ┘  
  
┌ \_\_\_\_\_ ┐  
└ \_\_\_\_\_ ┘  
  
\_\_\_\_\_

С вопросами или за дополнительной информацией обращайтесь к работнику, ведущему ваше дело.

**Слушание администрацией штата:** Если вы считаете, что это действие неправильно, вы можете попросить о слушании. На обратной стороне этого извещения объясняется, как это сделать. Если у вас уже было слушание в отношении причины переплаты, которую у вас сейчас удерживают, вы не можете просить о новом слушании, кроме случая, когда вы считаете, что новая сумма талонов на питание, получаемая вами с учетом удержания переплаты, неправильна.

**ИЗМЕНЕНИЕ ЛЬГОТ**

Начиная с \_\_\_\_\_, Ваши льготы талонов на питание изменены с \$ \_\_\_\_\_ на \$ \_\_\_\_\_ ежемесячно, поскольку:

Вам уже сообщили о переплате талонов на питание и Вы получаете меньше талонов на питание, поскольку Округ сократил Вашу месячную норму на 10% или \$10 (больше из двух) для возмещения неправомерно полученных Вами талонов на питание. Решение было принято судом или на основании слушания вашего дела, либо по подписании Вами Договора о согласии на дисквалификацию или Согласия на отмену слушания вашего дела о дисквалификации, поскольку переплата была Намеренным нарушением программы (IPV). Теперь Ваша месячная льгота изменяется, поскольку Округ может начать сокращать ее на 20% или \$10 (больше из двух). Данный документ сообщит Вам о других возможных изменениях в Вашей месячной льготе талонов на питание.

**ПРЕДЛАГАЕМЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ЛЬГОТАХ**

Начиная с \_\_\_\_\_, выдача Вам талонов на питание может быть сокращена или отменена, поскольку информация, необходимая для определения Ваших прав или точного размера льготы, не была получена с Вашим отчетом об изменениях (QR 7). Мы должны получить следующую информацию не позднее первого числа следующего месяца:

Если требуется подтверждение расходов, а Вы его не предоставите, то данные расходы не будут включены при расчете льгот следующего квартала. Кроме того, если Вы не предоставите требуемую информацию, то Ваши льготы могут быть сокращены или отменены.

**Правила:** Применены следующие правила:

Вы можете ознакомиться с ними в отделе социального обеспечения округа.

**ИЗМЕНЕНИЙ В ЛЬГОТАХ НЕТ**

Ваши льготы талонов на питание в этом квартале не изменились в результате полученной нами информации, поскольку:

Любые изменения, о которых вы сообщите добровольно, должны быть снова указаны в вашем следующем квартальном отчете (QR 7) с подтверждением изменений.

**ОСТАНОВКА ВЫДАЧИ**

Начиная с \_\_\_\_\_, выдача Вам талонов на питание остановлена, поскольку:

Причина, по которой Ваши льготы отменены, также лишает Вашу семью права на участие в программе талонов на питание до \_\_\_\_\_. По истечении данного периода дисквалификации Вы можете вновь подать заявку на льготы.

**ПРИМЕЧАНИЯ**

## 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 департаментам 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