



## ПРАВА, ОБЯЗАННОСТИ И ДРУГАЯ ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

### По Программам Денежной Помощи и CalFresh и/или управляемой Штатом Программе Медицинского Обеспечения Medi-Cal на 34 округа (CMSP)

На этих страницах указаны ваши права и обязанности и другая важная информация. Округу нужны сведения о вас, чтобы определить, имеете ли вы право на денежную помощь и CalFresh и/или управляемую штатом окружную программу медицинского обеспечения Medi-Cal/34 округа CMSP, и чтобы определить размер помощи, если вы имеете право. Если вам нужна дополнительная информация или у вас имеются вопросы, обратитесь к вашему работнику.

Программа денежной помощи включает в себя Калифорнийскую программу возможности трудоустройства и ответственности перед детьми (CalWORKS) и программу Денежной помощи беженцам (RCA).

Программа Medi-Cal/34 округа CMSP включает полную программу медицинского обеспечения Medi-Cal/34 округа CMSP и ограниченную программу медицинского обеспечения Medi-Cal/34 округа CMSP, оказываемой только в экстренных случаях и в период беременности.

### ВАШИ ПРАВА

1. Вы имеете право на равное обращение, вне зависимости от расы, цвета кожи, национального происхождения, религиозной принадлежности, политических убеждений, семейного положения, пола, инвалидности, возраста. Вы можете подать жалобу, если вы считаете, что подверглись такой дискриминации, обратившись сначала к назначенному округом защитнику гражданских прав, или написав по адресу:

State Civil Rights Bureau  
744 P Street, MS 15-70  
P.O. Box 944243  
Sacramento, CA 94244-2430

или позвонив по бесплатному телефону: 1-866-741-6241 или по телефону для лиц с нарушенным слухом (TDD) 1-800-688-4486.

2. Информировать округ, если у вас есть инвалидность и вам нужна помощь либо в заявлении на получение, либо в продолжении получения денежной помощи, пособий и услуг.
3. Просить о содействии, если вам нужна помощь в заполнении форм на получение денежной помощи, CalFresh или программы Medi-Cal/34-округа CMSP.
4. Просить о помощи переводчика, и о том, чтобы формы и извещения были переведены, если вы не говорите или не читаете по-английски.
5. На вежливое, уважительное и учтивое обращение.
6. На скорое собеседование с округом, когда вы запрашиваете помощь, и на определение округом права на получение денежной помощи в течение 45 дней и программу Medi-Cal-/34-округа CMSP (или в течение 90 дней для Medi-Cal, если требуется подтвердить факт инвалидности) и 30 дней для льгот программы CalFresh.
7. Обсуждать ваше дело с округом и самому просматривать документацию по вашему делу, по вашей просьбе.
8. Быть информированным о том, как немедленно получить денежную помощь. Если мы определим, что вы имеете право, вы пройдете собеседование в течение одного дня.
9. Быть информированным о том, как немедленно получить CalFresh. Если мы определим, что вы имеете право на немедленное получение талонов, то вы пройдете собеседование немедленно, и получите льготы CalFresh в течение трех дней.
10. Получать льготы программы Medi-Cal/34-округа CMSP в срочном порядке, если вы имеете право, если у вас сложилась экстренная медицинская ситуация или вы беременны.
11. Продолжать получать непрерывную денежную помощь или медицинское обеспечение Medi-Cal при переезде из одного округа в другой, если вы все еще имеете право.
12. Быть информированным о правилах ретроактивного права (закона обратной силы) на обеспечение программы Medi-Cal.
13. Снизить текущую долю оплаты (Share of Cost) путем включения неоплаченных медицинских счетов, по которым вы все еще должны, когда вы подаете на программу Medi-Cal/34-округа CMSP.
14. Выбирать между Предварительно оплаченным планом мед. обеспечения (PHP), обеспечением по принципу "Услуга-Оплата" (если имеется), Организацией по поддержке здоровья (HMO) или Medi-Cal, при имеющемся праве на программу Medi-Cal/34-округа CMSP.
15. Просить о замене Удостоверения на получение льгот CalFresh, Карточки медицинского обеспечения Medi-Cal (BIC) и карточки EBT, если они были утеряны на почте, повреждены или уничтожены. Округ проинформирует вас, имеете ли вы на это право.
16. Просить о дополнительной денежной помощи, если ваш доход сократился или прекратился (только по программе денежной помощи).
17. Просить об оплате за одежду, жилище или необходимые предметы быта, если таковые были утеряны, повреждены или стали недоступны из-за внезапных, неожиданных или необычных обстоятельств (только по программе денежной помощи).
18. Просить об оплате за такие продолжающиеся особые потребности, как особые диетические потребности, проезд для получения непрерывной медицинской помощи, особые прачечные услуги, телефон для плохо слышащих, высокие счета коммунальных услуг и т.д. (только по программе денежной помощи).
19. Быть информированным в письменном виде, если ваше заявление было одобрено, отказано или когда ваше пособие изменено или остановлено.
20. Данные о вас должны храниться конфиденциально округом и штатом, кроме случаев, когда вы не получаете денежную помощь или льготы CalFresh и на вас был выдан ордер на арест за уголовное преступление (felony), или если этот запрос не обозначен по-другому соответствующим законом.
21. Обращаться к кому-либо из округа или подавать официальную жалобу в штат, если вы не согласны с действием, предпринятым округом. Вы можете позвонить по бесплатному телефону 1-800-952-5253 или по телефону для глухих TDD 1-800-952-8349.
22. Просить о слушании на уровне штата в течение 90 дней с момента действия, предпринятого округом, о денежной помощи, льготы CalFresh и Medi-Cal
23. Просить о слушании на уровне штата, написав в орган социального обеспечения вашего округа, либо позвонив по бесплатным телефонам, указанным выше в пункте 21.
24. Чтобы апеллировать по вопросам права на программу 34-округа CMSP, вы можете обращаться в Округ **только в письменном виде**.
25. Быть представленным на слушании штата самим собой, членом семейной группы, другом, адвокатом или другим лицом по вашему выбору. ЗАМЕЧАНИЕ: Вы можете получить бесплатную юридическую помощь в местном офисе юридической поддержки или обратившись в группу по защите прав получателей социальной помощи.
26. Иметь приемлемый допуск к месту, где вы сможете снять деньги со счета денежной помощи, без или с минимальной оплатой за услугу.
27. Получить брошюру, в которой будет сказано, как вы сможете пользоваться вашей карточкой электронных расчетов EBT и как вы можете снять деньги со счета денежной помощи, без или с минимальной оплатой за услугу.
28. Получить список банкоматов ATM, которые не взимают плату за услугу и магазинов, в которых вы сможете получить наличные со своего счета EBT, когда вы оплачиваете покупки используя карточку EBT. Вы можете получить этот список у своего работника округа или на интернете, по адресу: [www.ebt.ca.gov](http://www.ebt.ca.gov).

## ВАШИ ОБЯЗАННОСТИ

### Гражданский/Иммиграционный Статус

Расписаться, сознавая свою ответственность за лжесвидетельство в том, что каждый член семьи, подающий заявление на денежную помощь и льготы CalFresh, является гражданином США, или уроженцем автономных территорий США, или имеет законный иммиграционный статус. Сведения, представленные вами, будут проверены Службой Гражданства и Иммиграции США (USCIS). Информация, полученная из USCIS, может повлиять на ваше право получения социальной помощи. (Руководство по Правилам и Процессуальным нормам MPP Section 42-433)

Если вы хотите получать обеспечение по программе Medi-Cal/34-округа CMSP, вы должны предоставить декларацию о гражданском/иммиграционном статусе под угрозой наказания за лжесвидетельство. Если вы заявляете, что вы являетесь иностранцем с правом на постоянное жительство (LPR) в США, или амнистированным иностранцем с действительным и продленным разрешением I-688, или иностранцем, постоянно проживающим в США по усмотрению правительства (PRUCOL), ваш иммиграционный статус будет проверен в USCIS. Сведения, представленные в USCIS для проверки иммиграционного статуса заявителя, могут быть использованы только для определения права на программу Medi-Cal/34-округа CMSP и не могут быть использованы для исполнения иммиграционных законов, за исключением случаев заведомого обмана.

### Электронное изображение отпечатков пальцев/фотографии

У всех взрослых членов семьи, имеющих право на льготы программ талонов на питание или денежной помощи, должны снять электронное изображение отпечатков пальцев и фотографии. Если кто-либо, обязанный выполнять эти правила, не снимет отпечатки пальцев, льготы не будут выданы всей семейной группе. (Manual of Policies and Procedures Section 40-105.3).

Электронные изображения отпечатков пальцев и фотографии сохраняются конфиденциально и могут быть использованы только для предотвращения мошенничества и наказания в случае получения льгот путем мошенничества.

### Правила Номеров Социального Страхования (SSN)

Номера SSN будут использованы при компьютерной сверке дохода и других средств с данными, представленными налоговыми органами, органами социальной помощи, агентствами по трудоустройству, Администрацией социальной защиты и другими органами. Расхождения могут быть сверены с работодателями, банками и другими. Ложные заявления или непредоставление всех фактов и обстоятельств, влияющих на право получения денежной помощи, талонов на питание или программы Medi-Cal/34-округа CMSP, могут привести к возмещению пособий и/или уголовному или административному наказанию.

Денежная помощь и талоны на питание: Вы обязаны дать номера SSN по каждому заявителю или получателю денежной помощи и/или талонов на питание. Если вы откажетесь предоставить либо номер SSN, либо доказательство того, что вы подали на получение номера SSN, вы не сможете получить денежную помощь или талоны на питание. Для получения денежной помощи, вы должны представить доказательство того, что вы подали на получение SSN в течение 30 дней с момента подачи заявления на получение денежной помощи, и предоставить SSN в округ после получения номера.

Каждому заявителю на программу Medi-Cal/34-округа CMSP, утверждающему, что он/она является гражданином США, уроженцем автономных территорий США, имеет статус LPR в США, является амнистированным иностранцем с действительным и продленным разрешением I-688 или имеет статус PRUCOL, будет отказано в получении Medi-Cal, если он/она отказался предоставить либо номер SSN, либо доказательство заявления на получение SSN. Иностранец, у которого нет номера SSN, и кто не является амнистированным иностранцем с действительным и продленным разрешением I-688, или не имеет статус LPR или PRUCOL, все же может получать ограниченную Программу Medi-Cal/34-округа CMSP, если он/она ответит условиям предоставления помощи, включая условие постоянного проживания в штате Калифорния.

### Доказательство(а)

Предоставлять доказательство того, что вы имеете право на получение помощи. Если вы не сможете предоставить доказательство, вам нужно будет предоставить имя лица или организации, к которым мы сможем обратиться для получения доказательства. Мы поможем вам в получении доказательства, если вы не в состоянии его предоставить. (Manual of Policies and Procedures Sections 40-105.1; 40-157.212; 40-157.213)

## Сотрудничество

Содействовать работникам округа, штата и федеральных органов. При получении ден. помощи сотрудник округа может прийти к вам домой в заранее согласованное время, для проверки ваших сведений, включая встречу с каждым членом семьи. Вам может быть отказано в получении помощи, либо помощь может быть прекращена, если вы не будете сотрудничать

### ДЕНЕЖНАЯ ПОМОЩЬ И ПРОГРАММА MEDI-CAL

Запросить любые льготы или доход, на которые любой член семьи имеет право, как например: Пособие по безработице (UIB) или Пособия по страхованию от инвалидности, Льготы ветеранам, Социальное страхование или Федеральное медицинское страхование (Medicare), и т.п.

### Алименты на детей/супруга(у) и на медицинские расходы

Сотрудничать с округом и местным Отделом по поддержке семьи путем:

- опознания, определения местонахождения каждого отсутствующего родителя по вашему делу;
- информирования округа и местного Отдела по поддержке семьи в любой момент, когда вы получите какие-либо сведения об отсутствующих родителях, например, о месте жительства или работы;
- определения отцовства любого ребенка в вашем деле, если это понадобится;
- взыскания с отсутствующего родителя оплаты медицинских расходов и, при получении денежной помощи, взыскания алиментов на содержание детей;
- передачи местному Отделу по поддержке семьи любых средств на оплату медицинских расходов и любых алиментов на поддержку детей/супруга(и), которые вы получите;
- извещения округа о медицинском покрытии или оплате медицинских услуг, оплаченных отсутствующим родителем.

Если вы не будете сотрудничать, размер денежной помощи, получаемой вами, будет уменьшен. (Manual of Policies and Procedures Sections 40-157.212; 40-157.213).

## MEDI-CAL

### Карточка, удостоверяющая льготы (VIC)

- Подписать вашу карточку VIC когда вы её получите и пользоваться ей только для получения необходимых услуг здравоохранения.
- **Никогда не выбрасывать вашу карточку VIC** (если только мы не дадим вам новую VIC). Вы должны хранить вашу VIC даже, если вы перестанете получать льготы Medi-Cal. Вы сможете использовать VIC если вы станете снова получать денежную помощь или Medi-Cal.
- Предъявлять VIC в медицинском учреждении, когда вы или член вашей семьи заболел или явился на прием по предварительной записи.
- Предъявлять VIC в медицинском учреждении, оказавшем вам или членам вашей семьи неотложную помощь, сразу после оказания медицинской помощи.

### Медицинское обеспечение/Страхование

- Сообщать округу и любой организации, оказывающей медицинские услуги, о медицинском обеспечении/страховке, имеющейся у вас или у членов вашей семьи.
- Сохранять любые медицинские страховки доступные вам и вашей семье бесплатно или по разумной цене.
- Использовать любые предварительно оплаченные планы медицинских услуг, организаций по поддержке здоровья или медицинские страховки, которые вы использовали до того, как стали пользоваться программами Medi-Cal/34-округа CMSP, за исключением случаев, когда страховка не покрывает определенные медицинские услуги. Вам необходимо ими воспользоваться, т.к. Medi-Cal не оплатит услуги, оплаченные или предоставляемые этими формами медицинского страхования.
- Регистрироваться и оставаться в групповом плане медицинской страховки по месту работы, когда Medi-Cal одобрит оплату плана штатом Калифорния.

## ВАША ОБЯЗАННОСТЬ ИЗВЕЩАТЬ

Вы обязаны предоставлять округу определенную информацию. Если вы не уверены, каким образом извещать, что именно сообщать или какие подтверждения нам нужны, спросите работника, ведущего ваше дело. Если вы получаете льготы CalFresh, работник, ведущий ваше дело, сообщит, должны ли вы сообщать об изменениях квартально или при изменениях. Если вы получаете Medi-Cal/34-округа CMSP, округ сообщит вам, когда вы должны сообщать: ежемесячно или по-квартально. (Manual of Policies and Procedures Section 40-181).

### КАК ОТЧИТЫВАТЬСЯ

**Для Квартального отчета по программам денежной помощи и льгот CalFresh**, вы должны сдать квартальный Отчет определения права на помощь (QR 7) до пятого дня месяца, следующего за отчетным, и сообщить округу о всех необходимых изменениях в течение 10 дней.

**Для получателей льгот программы талонов на питание отчитывающихся только при изменениях, вы должны сообщать о всех изменениях в течение 10 дней:**

- По почте, по телефону или лично в окружном отделе программы льгот CalFresh; ИЛИ
- Заполнив форму DFA 377.5, Отчет семейной группы об изменениях по программе льгот CalFresh.

**Для получающих Medi-Cal**, вы должны сообщать обо всех изменениях в течение 10 дней и сдать заполненный Отчет о статусе до 5 числа месяца, когда округ присылает или дает его вам.

### КОГДА ВЫ ДОЛЖНЫ ОТЧИТЫВАТЬСЯ

**Для поквартального отчета по программам денежной помощи и талонов на питание**

Правила квартального отчета гласят, что вы должны отчитываться в определенное время. Вам будет назначен "отчетный месяц" на каждый квартал (трехмесячный период). Это будет второй месяц каждого квартала. Например, если ваш квартал январь, февраль и март, февраль будет ваш "отчетный месяц" и ваш Отчет должен быть сдан до 5 марта. Отчет всегда должен быть сдан до 5 числа месяца, следующего за "отчетным месяцем" и будет считаться сданным поздно, если будет сдан после 11 числа месяца. Если ваш квартальный Отчет для определения права на льготы (QR 7) не сдан вовремя, вам придется вернуть любую сумму денежной помощи и льгот CalFresh, которую вы не должны были получить. Вы должны сообщить ваш доход до вычетов, изменения в количестве человек в вашей семейной группе, о недвижимости, купленной или проданной лицами в вашей семейной группе и другую информацию за данный отчетный месяц, а также о любых изменениях в вашем доходе до вычетов, который вы рассчитываете получить в следующем квартале. Если вы не сдадите заполненный квартальный Отчет для определения права на льготы (QR 7) до конца первого рабочего дня месяца, следующего за вашим отчетным месяцем, льготы для вашей семейной группы будут остановлены.

Что вы должны сообщить в квартальном отчете:

1. **Заработанный доход:** Весь доход до вычетов, полученный вами или любым лицом в вашей семейной группе в отчетный месяц. Это включает в себя: зарплату, чаевые, отпускные, денежные премии, деньги со своего бизнеса или от программы обучения, а также любой доход в натуральной форме в обмен на выполненную работу, например: бесплатное проживание, одежда или еда.
2. **Доход незаработанный или в связи с инвалидностью:** Любой другой доход, полученный вами или любым лицом в вашей семейной группе за отчетный месяц. Это включает алименты на ребенка/супругу(а), проценты или дивиденды, выигрыш в азартные игры или лотерею, страховое или юридическое соглашение, льготы забастовщиков, наличные, подарки, займы на обучение, возврат переплаченной суммы налогов, любые государственные льготы, как например: Социальное страхование, Доход дополнительного страхования/дополнительная программа штата (SSI/SSP), пособие по безработице, компенсация за травму на рабочем месте, страхование по инвалидности администрацией штата,

пенсионный план ветеранов или работников железной дороги или другие частные или государственные льготы по инвалидности или пенсионные, доход от аренды и помощи с арендой, бесплатное проживание/оплата коммунальных услуг/одежда/питание, или любой другой вид полученных денег.

3. Также, вы должны сообщить в квартальном Отчете любые изменения в доходе, которые вы ожидаете в следующем квартале. Это включает в себя изменения в заработанном доходе, незаработанном доходе и доходе, основанном на инвалидности.
4. **Собственность:** Любую собственность, включая: автомобили, банковские счета, сберегательные облигации, страховые полисы, дом или землю, доверительная собственность, деньги на счету программы EBT, и т.п. которые вы, или любое лицо в вашей семейной группе, получили со времени вашего последнего квартального отчета и до сих пор имеете, вне зависимости от того, было это куплено, получено в результате обмена или в виде подарка. Округ использует эту информацию для определения превышения лимита собственности. Также, вы должны сообщить, если вы, или кто-либо продал, обменял или отдал любую собственность со времени вашего последнего квартального отчета.
5. **Если вы переехали или кто-либо въехал в ваш дом или выехал из него:** Кто-либо (включая новорожденных), кто въехал в ваш дом со времени вашего последнего квартального отчета и до сих пор там проживает. Также, вы должны сообщить о лицах, которые выехали из вашего дома или которые умерли со времени вашего последнего квартального отчета.
6. **Осужденные за преступления, связанные с наркотиками, преступники, укрывающиеся от закона и нарушающие режим условного/досрочного освобождения:** имя любого лица в вашей семейной группе, которое уклоняется/укрывается от закона, чтобы избежать надзора или заключения после осуждения или нарушило режим условного/досрочного освобождения. Также, вы должны сообщить о любом лице в вашей семейной группе, которое было осуждено за преступление, связанное с наркотиками, за хранение, использование, производство, продажу или распространение контролируемых веществ; или любыми действиями, связанными с этими противозаконными действиями; или выращивание, культивацию или обработку марихуаны; или вовлечение несовершеннолетних в такие действия. Для программы льгот CalFresh укажите преступления, совершенные после 22 августа 1996 года, и для программы денежной помощи укажите осуждения, которые произошли после 1 января 1998 года.
7. **Уменьшение часов работы:** Если вы трудоспособный совершеннолетний без иждивенцев (ABAWD<sup>1</sup>), вы обязаны сообщить, когда количество ваших рабочих часов уменьшится ниже 20 часов в неделю или 80 часов в месяц. Также, вы должны сообщить, если вы ожидаете, что количество рабочих часов уменьшится ниже этих лимитов в течение последующих трех месяцев.

**Для программ Medi-Cal/34-округа CMSP, вы должны сообщить, когда:**

1. Любое лицо поступает в платный интернат для престарелых или учреждение по долговременному присмотру, или выписывается из него.
2. Любое лицо запрашивает льготы по инвалидности, как например: SSI/SSP, льготы социального страхования, льготы ветеранам или пенсионные льготы работникам железной дороги.
3. Любое лицо получает услуги здравоохранения после аварии или увечья случившееся -з-за действия или бездействия другого лица.

## ВАША ОБЯЗАННОСТЬ ИЗВЕЩАТЬ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

### Квартальный отчет для получающих только льготы CalFresh

Если вы получаете только льготы CalFresh, вы должны отчитываться, когда:

1. Любое лицо в семейной группе выезжает для проживания по другому адресу, планирует переезд или получает новый почтовый адрес.
2. Любое лицо, являющееся трудоспособным совершеннолетним без иждивенцев (ABAWD), получающим льготы CalFresh, и количество часов работы или обучения которых падает ниже 20 часов в неделю или 80 часов в месяц.

### Для программы CalWORKs вы должны сообщать об изменениях в другое время:

В определенных случаях вы должны будете сообщать определенную информацию (в течение 10 дней со дня изменения) даже, если это не ваш "отчетный месяц", как например:

1. В любое время, когда общий доход вашей семейной группы (заработанный и незаработанный) превышает лимит дохода (IRT) для семейной группы вашего размера. Работник округа, ведущий ваше дело, сообщит вам лимит дохода IRT для семейной группы вашего размера. Если ваша семейная группа получает только незаработанный доход или только льготы CalFresh, вы должны сообщать о доходе только в вашем квартальном отчете (QR 7).
2. В любое время, когда кто-либо в вашей семейной группе осужден за преступление, связанное с наркотиками, становится преступником, уклоняющимся от закона или нарушает режим условного/досрочного освобождения.
3. При переезде на новое место жительства вы должны сообщить ваш новый адрес, чтобы округ знал, куда отсылать ваши льготы, формы квартального отчета и извещения.

### Добровольное предоставление информации программе CalWORKs и в дополнение к квартальному отчету для программ льгот CalFresh:

Также, вы можете добровольно предоставить дополнительную информацию даже, если это не ваш "отчетный месяц". Добровольное предоставление информации может увеличить сумму льгот, получаемую семейной группой. Если в результате предоставленной информации льготы должны увеличиться, округ примет действие в течение 10 дней с момента, когда вы предоставите подтверждение. Единственное исключение - когда увеличение суммы льгот должно произойти из-за добавления дополнительного лица к вашему делу. В этой ситуации округ примет действие по увеличению суммы льгот первого числа месяца, следующего за месяцем, когда вы предоставите подтверждение. Даже, если вы сообщили что-либо округу, вы должны также предоставить эту информацию в вашем квартальном отчете (QR 7).

Некоторые образцы добровольно предоставленной информации, в результате чего сумма льгот может увеличиться:

- Ваш доход прекратился или уменьшился.
- Кто-либо с небольшим доходом или без дохода въехал в ваш дом (включая новорожденного).
- Кто-либо имеющий доход выехал из вашего дома.
- Вы считаете, что вы или кто-либо в вашей семейной группе имеет право на платеж CalWORKs из-за особых потребностей, как например: особые потребности беременной или для специальной диеты.

### Дополнительные примеры только по программе льгот CalFresh:

- Член семейной группы по решению суда начинает платить алименты на содержание ребенка, не проживающего в доме.
- Член семейной группы в возрасте 60 лет или старше.
- У любого члена семейной группы, являющегося инвалидом или в возрасте 60 лет или старше, изменились или добавились медицинские расходы (если подтверждено, сумма получаемых вами талонов на питание может быть пересчитана).

### Дополнительная информация только для семейных групп, получающих только льготы CalFresh

Если вы получаете льготы CalFresh, и вы добровольно сообщаете о доходе, который повысился и превышает лимит дохода вашей семейной группы, льготы, получаемые вашей семейной группой могут быть остановлены.

Заметьте, что если вы получаете только льготы CalFresh: (1) вы не должны сообщать об увеличении дохода в течение квартала; и (2) когда вы сообщаете округу об изменениях добровольно или между квартальными отчетами, вы также должны сообщить об изменениях в вашем следующем квартальном отчете QR 7.

В любое время вы можете попросить округ остановить все ваше дело или часть дела, относящуюся к лицу, которое выехало из дома или не

должно находиться в семейной группе, получающей помощь. Вы можете также попросить округ остановить отдельные льготы, как например: Medi-Cal или льготы CalFresh. Получение Medi-Cal и/или только льготы CalFresh не будет учитываться против вашего лимита времени по программе денежной помощи.

### Другие изменения для квартального отчета:

Существуют другие изменения, в результате которых округ уменьшит или остановит ваши льготы в течение квартала. Некоторые образцы:

- Совершеннолетний в семейной группе достиг 60-ти месячного лимита программы CalWORKs;
- Член семейной группы наказан/оштрафован;
- Ребенок достигает возраста 18 лет (и не закончит среднюю школу до того, как достигнет возраста 19 лет);
- Кто-либо из вашей семейной группы начинает получать льготы в другой семейной группе;
- Ребенок, имеющий право на это, отправлен на временное воспитание (Foster Care);
- Лицо, являющееся трудоспособным совершеннолетним без иждивенцев (ABAWD), получает льготы CalFresh и количество рабочих часов или часов обучения опускается ниже 20 часов в неделю или 80 часов в месяц.

### Для получателей льгот CALFRESH ОТЧИТЫВАЮЩИХСЯ ТОЛЬКО ПРИ ИЗМЕНЕНИЯХ.

#### Для получателей льгот CalFresh отчитывающихся только при изменениях, вы должны сообщать, когда:

1. Ваш общий доход: начинается, останавливается или изменяется на сумму более, чем \$50.
2. Изменяется источник дохода любого лица.
3. Кто-либо въехал в ваш дом или выехал из него.
4. Кто-либо добавляется в вашу семейную группу или выбывает из нее.
5. Вы переезжаете или получаете новый почтовый адрес.
6. Изменения в стоимости аренды и коммунальных услуг **только** если вы переезжаете.
7. Кто-либо покупает, получает, продает или отдает зарегистрированный автомобиль.
8. Если есть изменение в сумме выплачиваемых по решению суда алиментов на детей, выплачиваемых членом семейной группы на ребенка, не проживающего в доме.
9. Лицо, являющееся трудоспособным совершеннолетним без иждивенцев (ABAWD), получающее льготы CalFresh и количество рабочих часов или часов обучения которого опускается ниже 20 часов в неделю или 80 часов в месяц.
10. Любой член семейной группы скрывается или бежит от закона чтобы избежать осуждения за преступление, заключения или содержания под стражей после осуждения или нарушил правила условного или досрочного освобождения.
11. Любой член вашей семейной группы был осужден за преступление, связанное с наркотиками, совершенное после 22 августа 1996 года: за производство, продажу или распространение контролируемых веществ или за деятельность связанную с этими незаконными действиями или за сбор урожая культивацию или обработку марихуаны или вовлечение несовершеннолетних в вышеуказанные действия.

#### Для получателей льгот CalFresh, отчитывающихся только при изменениях, вы можете сообщать, когда:

1. Чье либо физическое или душевное заболевание началось или закончилось.
2. Чей либо гражданский/иммиграционный статус изменится или кто либо получит письмо, форму или новую карточку USCIS.
3. У вас изменилась стоимость присмотра за вашими иждивенцами.
4. У любого члена семейной группы, являющегося инвалидом или в возрасте 60 лет или старше, изменились или появились новые медицинские расходы. Если подтвердится, то сумма помощи может быть перерасчитана.
5. Любой член семейной группы начинает по решению суда выплачивать алименты на ребенка, не проживающего в доме.

## ВАША ОБЯЗАННОСТЬ ИЗВЕЩАТЬ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

### ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ЛИЦ, ПОЛУЧАЮЩИХ ТОЛЬКО ДЕНЕЖНУЮ ПОМОЩЬ

#### Безработный родитель

Если вы запрашиваете денежную помощь как безработный родитель, родитель, получающий наибольшую зарплату (PE), должен:

- быть безработным и не работать 4 предшествующие недели
- запросить и получать любую страховку по безработице, которую он имеет право получать

PE - это родитель, получающий наибольшую зарплату в течение последних 24 месяцев.

#### Помощь бездомным

Может, вы имеете право получить деньги, которые помогут вам оплатить временное жилище, постоянное место проживания или предотвратить выселение. Если вы не попадаете под исключение, этот платеж выплачивается один раз в жизни. Если вы получили помощь для бездомных ранее, и она нужна вам снова, работник, ведущий ваше дело, скажет вам, если вы имеете на это право.

#### Посещение школы и прививки

Если округ потребует, вы должны предоставить доказательства, что:

- все дети школьного возраста посещают школу, и
- дети в возрасте до 6 лет получили все прививки, необходимые для данного возраста. (Manual of Policies and Procedures Sections 40-105.4; 40-105.5).

#### Максимальная допустимая выплата (MAP)

Существует два уровня максимальной допустимой выплаты (MAP). Большинство семей, получающих денежную помощь, получают нижний уровень MAP. Семьи могут получить высший уровень MAP, если каждый родитель или ухаживающий в семейной группе, получающей помощь (AU):

- Является инвалидом и получает Доход дополнительного страхования/дополнительную программу штата (SSI/SSP), или Услуги по ведению домашнего хозяйства и личному обслуживанию (IHSS), или следующие льготы: Страхование от инвалидности администрацией штата (SDI), Временная компенсация работникам (TWC), Временная компенсация по инвалидности (TDI)
- Присматривает за чужим ребенком, получающим(и) помощь, и сам присматривающий не получает денежную помощь.

Также имеет право на высший уровень MAP:

- Семья, получающая денежную помощь беженцам (RCA), если каждый совершеннолетний соответствует исключениям из правила.

Если все совершеннолетние в семейной группе, получающей помощь, соответствуют как минимум одному исключению, попросите работника, ведущего ваше дело, применить освобождение от правил.

#### Отношение к лицам, имеющим свой бизнес

Если у вас свой бизнес, у вас есть выбор расчета производственных расходов: основываясь на стандартных вычетах 40% от дохода до вычетов, или используя реальные производственные расходы. После того, как вы выбрали метод расчета дохода вашего бизнеса после вычетов, вы можете изменить метод расчета расходов во время пересмотра дела, или через каждые 6 месяцев, смотря, что наступит раньше.

#### Правило максимального пособия для семьи (MFG)

Правило MFG применимо к любому ребенку, рожденному после 31 августа 1997 года. Правило MFG гласит, что сумма максимальной выплаты вам (MAP) не увеличится, чтобы учесть ребенка, рожденного в вашей семье, если ваша семья получает денежную помощь в течение 10 последовательных месяцев непосредственно перед рождением ребенка. У этого правила есть исключения. Работник, ведущий ваше дело, даст вам копию правил MFG и ответит на ваши вопросы. После этого вы подпишете копию, на которой указано, что вы поняли правила.

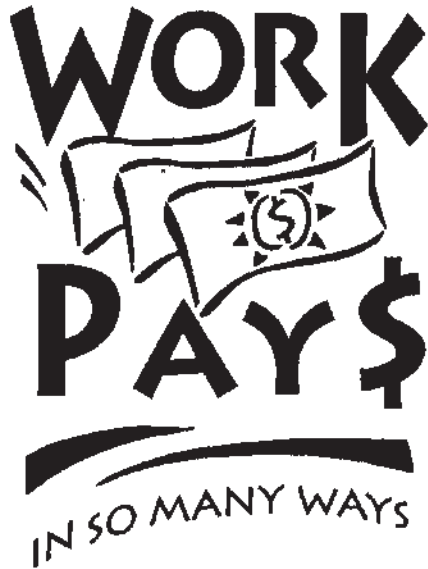
#### Подтверждение фактов

Если вы запрашиваете денежную помощь в течение одного года с того момента, как помощь остановилась, округ должен просмотреть ваше предыдущее дело, чтобы узнать, есть ли в нем необходимые подтверждения для определения вашего права на получение льгот, когда:

- вы не можете получить подтверждения, или
- нужно заплатить для получения подтверждения, или
- оформление ваших документов задержится, т.к. получение подтверждения у вас займет очень много времени.

Если вы запрашиваете денежную помощь в течение одного года с момента, как помощь остановилась И, если у округа нет необходимых подтверждающих документов, вам придется предоставить необходимые подтверждения.

Если с тех пор, как вы получали денежную помощь последний раз, у вас произошли изменения, округу потребуются новые доказательства.



Здесь объясняется, как **Работа Оплачивается**:

- Дает вам больше \$\$\$\$ для материальной поддержки вашей семьи
- Устраивает лучшую жизнь для вас и вашей семьи
- Развивает трудовые навыки
- Укрепляет уверенность в себе
- Доставляет вам личное удовлетворение

**Вы можете работать и в то же время продолжать получать денежную помощь:**

- ✓ В большинстве случаев, когда вы работаете, ваш общий заработок (доход до вычетов) не вычитается доллар за доллар из вашей денежной помощи. Вы можете иметь право на **скидки, связанные с работой**. Когда вы добавите сумму вашего заработка к сумме вашего денежного пособия, вы будете иметь больше \$\$\$\$ для вашей семьи.
- ✓ Когда вы получаете задание по **обучению на рабочем месте, оплачиваемое субсидиями (ОЈТ)**, вся, или часть вашей денежной помощи, используется вашим работодателем для оплаты вашего заработка. Вы не получите скидки, связанные с работой, если получаете зарплату, основанную на субсидиях ОЈТ.
- ✓ В любом случае, вы можете иметь право на то, чтобы стоимость услуг по присмотру за детьми была оплачена оказывающему эти услуги.

См. стр. 7 в отношении фактов о правилах работы и обучения, трудовых стимулах, включая программы по присмотру за детьми. Спросите работника, ведущего ваше дело, о дополнительных фактах о **Выгодах работы** и как **ОЈТ, основанная на субсидиях**, может помочь вам.

**Помните, вы можете работать и попрежнему получать денежную помощь, пока вы имеете на это право и выполняете правило своевременного отчета.**

## Правила работы и обучения

Ваш работник объяснит вам, какие правила работы по программам денежной помощи и льгот CalFresh вам необходимо соблюдать до и после того, как ваше заявление утверждено. Для продолжения получения вашей денежной помощи, помощи по программе льгот CalFresh или обеих, может потребоваться ваше участие в рабочей деятельности, в обучении профессии или в образовательной программе. Требования к соблюдению рабочих правил программ денежной помощи и/или льгот CalFresh могут быть предъявлены к более чем одному члену семейной группы. Если кто-то теряет право на получение помощи из-за несоблюдения правил работы, другие члены семейной группы могут продолжать получать денежную помощь и льготы CalFresh до тех пор, пока они имеют право на помощь. Но сумма денежной помощи или льгот CalFresh, получаемых ими, может измениться.

## Правила работы программы денежной помощи

Если вы получаете денежную помощь и льготы CalFresh или только денежную помощь, вам будет необходимо принять участие в определенной деятельности программы WTW (Программа перехода от пособия к работе) для того, чтобы сохранить вашу денежную помощь и льготы CalFresh. Округ сообщит вам, сколько часов в неделю вы должны участвовать в этой деятельности, или о вашем освобождении от исполнения этих правил. Деятельность программы WTW включает (но не ограничена) субсидированную и несубсидированную работу, приобретение профессионального мастерства, занятость на общественных работах, начальное образование для взрослых, профессиональное обучение и поиск работы. Под субсидированной работой подразумевается то, что округ или другой финансирующий источник возмещает вашему работодателю часть выплаченной вам зарплаты.

Правила работы программы денежной помощи также гласят, что вы должны:

- Подписать план программы WTW;
- Принять подходящую работу, предложенную вам;
- Не увольняться с работы и не уменьшать количество рабочих часов по собственному желанию.

## Наказания за неисполнение правил работы программы денежной помощи

Каждый раз, когда вы не будете, без уважительной причины, выполнять правила работы программы денежной помощи, денежная помощь вам будет остановлена до тех пор, пока вы не будете делать то, что вы должны были делать. После того, как ваша денежная помощь остановлена или уменьшена, вы можете начать получать ее снова только при условии исполнения правил работы, соблюдение которых вы прекратили ранее, или при условии получения освобождения от их исполнения. Если ваша денежная помощь остановлена, ваши льготы CalFresh также могут быть остановлены или уменьшены.

## Правила работы программы льгот CalFresh для лиц, не получающих денежную помощь

Если вы получаете только льготы CalFresh, вам, возможно, будет необходимо принять участие в определенной трудовой или образовательной деятельности, для продолжения получения льгот CalFresh. Сюда включаются: поиски работы, отработка пособия, начальное образование для взрослых и профессиональное обучение. Округ сообщит вам, сколько часов в неделю вы должны участвовать в этой деятельности, или о вашем освобождении от исполнения этих правил.

Правила работы программы льгот CalFresh также гласят, что вы должны:

- Ответить на вопросы о вашем профессиональном опыте и трудоспособности;
- Ознакамливаться с возможными работами, о которых мы вам сообщаем, и принять предложенную вам подходящую работу;
- Не увольняться с работы, и не уменьшать количество рабочих часов, на менее чем 30 часов в неделю, по собственному желанию.

## Наказания для получающих только льготы CalFresh

Если вы не исполняете правила работы программы льгот CalFresh без уважительной причины, в льготах CalFresh будет отказано, или они остановятся по меньшей мере на один, три или шесть месяцев, в зависимости от того, в который раз вы нарушили правила. После того, как ваши льготы CalFresh остановлены, вы сможете начать получать их снова только после окончания срока санкции, или при условии получения освобождения от их исполнения.

## Требование работы для трудоспособных взрослых лиц, не получающих денежную помощь

Если вы получаете только льготы CalFresh и не имеете несовершеннолетних детей, вы подпадаете под действие другого правила работы, которое вам, возможно, надлежит исполнять. Вы не обязаны исполнять это правило, если вы моложе 18 лет, старше 49 лет, беременны или включены в семейную группу с несовершеннолетним ребенком получающую льготы CalFresh. Вас также могут освободить по другим причинам, объяснить которые может работник вашего округа. Это правило работы гласит, что если вы являетесь трудоспособным взрослым лицом, вы должны работать не менее 20 часов в неделю или 80 часов в месяц, участвовать в отработке пособия требуемое количество часов, или участвовать в утвержденной программе обучения не менее 20 часов в неделю или 80 часов в месяц. Ваши льготы CalFresh будут остановлены, если в течение периода 36 месяцев вы не будете соблюдать требований этого правила в продолжение 3 месяцев. Если ваше вторичное нарушение этого правила связано с увольнением по сокращению штатов, возможно, вы можете иметь право на получение льгот CalFresh в течение 3 месяцев подряд без необходимости исполнения этого правила. После этого вы сможете получать льготы CalFresh только при условии исполнения правила работы, или при условии получения освобождения от него.

## Скидки на доход программы CalWORKs

Получаемая вашей семьей общая сумма денежной помощи основана на размере вашей семьи и другим доходом, который вы, возможно, получаете. Закон разрешает определенные скидки при расчете общей суммы получаемой вами денежной помощи.

- Если ваша семья получает больше, чем \$225 в месяц по инвалидности (DI), скидка дается только на первые \$225.
- Если ваша семья получает \$225 в месяц по инвалидности (DI) или меньше, эта сумма не будет учитываться как доход и если вы получаете заработанный доход (EI), остаток суммы в \$225, до \$112, не будет учитываться как доход.
- Дополнительно, 50% любого заработанного дохода не будет учитываться.
- Остаток является вашим учитываемым доходом и является суммой, которой будут пользоваться для расчета вашей денежной помощи.

## Отношение к лицам, имеющим свой бизнес

Если у вас свой бизнес, у вас есть выбор расчета производственных расходов: основываясь на стандартных вычетах 40% от дохода до вычетов, или используя реальные производственные расходы. После того, как вы выбрали метод расчета дохода вашего бизнеса после вычетов, вы можете изменить метод расчета расходов во время пересмотра дела или через каждые 6 месяцев, смотря, что наступит раньше.

## Программа присмотра за детьми в программе CalWORKs

Льготы по присмотру за детьми доступны тем получателям денежной помощи, которые нуждаются в присмотре за детьми, чтобы получить возможность работать или участвовать в утвержденной округом деятельности программы WTW; как например, посещение образовательных программ или программ, обучающих профессии.

## Программа присмотра за детьми Департамента образования Калифорнии (CDE)

Льготы по присмотру за детьми доступны также через CDE. Обратитесь в ваше местное Агентство информации и ресурсов для дополнительной информации.

## Переходная программа медицинской помощи штата Калифорния (TMC)

Вы можете получить Medi-Cal на период до 12 месяцев, если вы перестанете получать денежную помощь из-за того, что вы работаете. Ваша семья должна получать денежную помощь в течение как минимум 3 из последних 6 месяцев до того, как прекратилась денежная помощь. Для того, чтобы получить TMC на период дольше, чем 6 месяцев, ваш доход должен быть ниже определенного лимита и Вы должны соблюдать определенные правила отчета TMC.

# ДРУГАЯ ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

## ДЕНЕЖНАЯ ПОМОЩЬ И ЛЬГОТЫ CALFRESH СЕМЕЙНЫЕ ГРУППЫ, ОТЧИТЫВАЮЩИЕСЯ КВАРТАЛЬНО

### Правила бюджета

Сумма денежной помощи или льгот CalFresh, которую вы можете получить, зависит от вашего дохода и разрешенных расходов. Вы получите для заполнения форму квартального отчета определения вашего права на помощь (QR 7), которая должна быть заполнена каждые три месяца. В Форме QR 7 вам нужно указать какие доходы и расходы были у вас за последний месяц и какие доходы и расходы вы ожидаете в течение трех месяцев после того, как вы сдадите отчет. Доход и расходы, которые вы ожидаете в следующие три месяца, будут использованы при определении суммы вашей денежной помощи и/или льгот CalFresh, которые вы сможете получить в следующие три месяца. Информация, которую вы указали в форме QR 7 в отношении предыдущего месяца, будет использована для определения суммы денежной помощи и талонов на питание, если вы не ожидаете изменений доходов и расходов.

Например: если вы подаете форму отчета QR 7 в марте, вы укажете, какой доход у вас был в феврале. Вы также сообщите о любом ожидаемом изменении дохода в апреле, в мае и в июне. Если доход, полученный в феврале, остается неизменным, ваша денежная помощь и/или льготы CalFresh на апрель, май и июнь будут рассчитаны на основании тех же доходов и расходов в каждом из этих месяцев. Если ваш доход и расходы изменятся, ваш работник будет использовать новые суммы дохода которые вы ожидаете получить в апреле, в мае и в июне для расчета суммы вашей денежной помощи и/или льгот CalFresh на эти месяцы. Этот метод расчета бюджета основан на учете ожидаемого дохода.

### Лимит собственности

#### CalWORKS:

Существует лимит на сумму собственности в \$2000.00 (например: счет в банке, акции, и т.д.), который ваша семейная группа может иметь и при этом продолжать получать льготы CalWORKS. Если в вашей семье есть кто-либо в возрасте как минимум 60 лет, лимит увеличивается до \$3000.00. Ваш дом и мебель не включаются в сумму. Индивидуальный лимит стоимости транспортного средства составляет \$4650. Если ваше транспортное средство стоит больше, чем \$4650, любая сумма, превышающая лимит, будет включена в лимит общей собственности для определения права на получение льгот, за исключением случаев, когда это транспортное средство необходимо семье по определенным причинам. Ваш работник может сказать вам, какие это причины. Любые, имеющиеся у вас транспортные средства, которые не могут быть проданы за сумму, превышающую \$1500, не будут включены в лимит вашей собственности. Ваш работник может объяснить вам, как определить стоимость любой машины.

#### CalFresh:

Если вы получаете только льготы CalFresh и не получаете денежную помощь, то у вас нет лимита собственности. Для получающих льготы денежной помощи и CalFresh, лимиты собственности CalWORKS, указанные выше, будут применены.

### ТОЛЬКО ДЕНЕЖНАЯ ПОМОЩЬ

#### 48-месячный лимит времени

Начиная с 1 июля 2011 года, родитель или присматривающий за ребенком родственник, не имеют право на денежную помощь после того, как он/она получали денежную помощь в течение периода 48 месяцев. Любая помощь, полученная через программу CalWORKS (Калифорнийская программа возможности трудоустройства и ответственности перед детьми), и/или денежная помощь, полученная от программы для племен TANF или от любого другого штата, включается в общую сумму этих 48 месяцев. Учитывается только денежная помощь, полученная после 1 января 1998 года. Есть исключения для этого лимита времени, и этот лимит времени не относится к детям.

#### Ресурсы/электронный перевод пособий (EBT)

Любой баланс, остающийся на счету EBT в конце месяца будет считаться доступным ресурсом и в результате этого ваша семейная группа может не иметь право на денежную помощь, если сумма ваших общих учитываемых ресурсов превышает разрешенный лимит.

### Правило перевода имущества

Лица, получающие помощь, могут продавать, обменивать или менять вид их личной собственности, если при этом они получат реальную рыночную стоимость этой собственности (имущества). Если они не получат реальную рыночную стоимость за свое имущество, семья не будет иметь право на помощь в течение определенного периода времени. Период времени, на который семья не будет иметь право на помощь, определяется путем вычитания полученной суммы из реальной рыночной стоимости и делением полученной суммы на стандарт нужды, определенной для этой семьи. Сумма округляется до следующего меньшего целого числа.

### ТОЛЬКО ЛЬГОТЫ CALFRESH

#### Скидки на коммунальные услуги

Если вам приходится оплачивать счета за обогрев и/или охлаждение жилья, вы будете иметь право на стандартную скидку на коммунальные услуги (SUA). Если у вас есть другие коммунальные расходы, как например оплата за воду, канализацию и мусор, вам будет дана Ограниченная Скидка на коммунальные услуги (LUA). Если вам приходится оплачивать только телефонные счета, вам будет дана скидка на телефонные расходы (TUA). Скидки SUA, LUA и TUA используются для уменьшения вашего дохода, что поможет вам получить больше льгот.

### ТОЛЬКО ДЛЯ ПРОГРАММ MEDI-CAL/34-ОКРУГА CMSP

#### Уменьшение стоимости или перевод собственности для получения льгот

- Если вы получаете или подали заявление Только на помощь по программам Medi-Cal/34-округа CMSP и стоимость вашей собственности превышает сумму, разрешенную правилами, вы можете уменьшить ее к последнему дню любого месяца, включая месяц подачи заявления. Правила программы Medi-Cal разрешают вам потратить излишек собственности любым удобным для вас способом. Но вы можете на определенный период времени потерять право на получение ухода в платном интернате для престарелых, если вы продадите или отдадите какую-либо собственность за сумму, меньшую чем ее рыночная стоимость, когда вы обратитесь за получением места в таком интернате или уже получаете уход в таковом интернате с оплатой по программе Medi-Cal в течение 30 месяцев со дня перевода собственности.
- Вы можете не иметь право на программу 34-округа CMSP, если вы продадите или отдадите любую свою собственность за сумму меньшую, чем ее реальная стоимость.

### Ресурсы и собственность

- Все льготы программы Medi-Cal, полученные по достижению возраста 55 лет, после смерти получателя льгот подлежат возмещению из стоимости его имущества. Однако, сумма возмещения не может превышать стоимости имущества. Возмещение может не потребоваться, если второй супруг пережил лицо, получающее страховую премию или пособие. Штат не может притязать на часть недвижимости, завещанной несовершеннолетнему ребенку или совершеннолетнему ребенку, являющемуся полным инвалидом. Кроме того, если возмещение повлечет за собой чрезмерные тяготы для других наследников, и это может быть доказано, возмещение может быть аннулировано полностью или частично.
- Если вас поместили в лечебное или любое другое учреждение, и ваш дом (или бывший дом) не подпадает под исключение, штат может взять вашу собственность в залог с целью последующего возмещения расходов, покрытых программой Medi-Cal.

### ДОСТУПНЫЕ УСЛУГИ

**Программа питания для женщин, младенцев и детей (WIC):** Программа WIC помогает только беременным и кормящим грудью женщинам, младенцам и детям в возрасте до 5 лет, которые находятся под риском ущерба здоровью из-за недостатка питания. За дополнительной информацией насчет программы WIC звоните в отдел здравоохранения местного округа или по номеру телефона для WIC, указанному в телефонной книге.

#### Регистрация избирателей:

Если вы хотите зарегистрироваться для голосования, попросите вашего работника прислать вам анкету. Если вам нужна помощь в ее заполнении, попросите вашего работника. Вы можете отправить анкету по почте сами. Ваше право на помощь не изменится от того, зарегистрируетесь ли вы для голосования или нет. Ваш работник не может указать вам, как голосовать.

# ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ О НАКАЗАНИИ

Если вы сознательно не сообщили всю информацию или дали ложную информацию, с целью получить или продолжить получать льготы, вы можете подвергнуться судебному преследованию и обвинению в уголовном преступлении, если было незаконно выплачено больше, чем \$400 в виде денежной помощи, талонов на питание, или покрытия Medi-Cal из-за того, что вы не сообщили всю информацию или изменения в доходе, собственности или семейном положении. Вы также можете быть дисквалифицированы от получения денежной помощи или талонов на питание.

## Дисквалификационные наказания

### Денежная помощь и льготы CalFresh

Дисквалификационные наказания вступают в силу после того, как слушание дела администрацией штата или суд установит, что человек совершил умышленное нарушение правил программы (IPV). Также, любое лицо, обвиненное в совершении IPV, может согласиться быть дисквалифицированным, подписав Договор согласия на административную дисквалификацию или Отказ от права на дисквалификационное слушание администрацией. Любое лицо, подписавшее одну из этих бумаг, теряет право на слушание дела и принимает на себя ответственность за выплату переплаченной суммы денежной помощи и/или льготы CalFresh.

### Наказания программы денежной помощи

Если вы не соблюдаете правила программы денежной помощи, вы можете быть оштрафованы на сумму до \$10,000 и/или получить тюремное заключение на срок до 5 лет.

Также, если вы будете признаны виновны судом или слушанием администрацией штата в совершении мошенничества определенных видов, ваша денежная помощь может быть остановлена на 6 месяцев, 12 месяцев, 2 года, 4 года, 5 лет или навсегда.

## Только льготы CalFresh

Если ваша семья получает талоны на питание, она должна соблюдать следующие правила:

- Не давать ложную или неполную информацию для того, чтобы получить или продолжить получать талоны на питание.
- Не менять или не продавать вашу карточку электронных расчетов EBT.
- Не подделывать карточку электронных расчетов EBT с целью получить льготы программы талонов на питание, на которые вы не имеете право.
- Не использовать льготы программы талонов на питание для приобретения товаров, не разрешенных программой, как например: алкогольных напитков, табачных изделий, бумажных или моющих продуктов.
- Не использовать чужую карточку электронных расчетов EBT для вашей семьи.

## Наказания программы льгот CalFresh

Если вы не будете соблюдать правила программы льгот CalFresh, ваши талоны на питание могут быть остановлены на 12 месяцев за первое нарушение, на 24 месяца за второе и навсегда за третье. Вы также можете быть оштрафованы на сумму до \$250,000 и/или заключены в тюрьму на срок до 20 лет. Если вы признаны виновным в любом суде или при слушании вашего дела судьей по административным делам по причине того, что:

- Вы продали либо обменяли льготы CalFresh на огнестрельное оружие, боеприпасы или взрывчатку, ваши льготы CalFresh могут быть остановлены навсегда за первое нарушение;
- Вы продали либо обменяли льготы CalFresh на контролируемые наркотические вещества, ваши льготы CalFresh могут быть остановлены на 24 месяца за первое нарушение и навсегда за второе;
- Вы продали либо обменяли льготы CalFresh стоимостью \$500 или более, ваши льготы CalFresh могут быть остановлены навсегда;
- Вы подали две или более анкеты на получение льгот CalFresh одновременно и представили округу ложное удостоверение личности или адрес, ваши льготы CalFresh могут быть остановлены на 10 лет.

## ЗАЯВЛЕНИЕ ПРОСИТЕЛЯ/ПОЛУЧАТЕЛЯ

- Я понимаю, что одно из назначений денежной помощи - это предоставление основных потребностей моей семье, включая жилище, еду и одежду.
- Я понял мои права и обязанности и согласен выполнять все мои обязанности.
- Я также понял наказания за дачу неполной или ложной информации или за несообщение фактов или информации, которая может повлиять на право получения льгот или размер льгот денежной помощи или льгот CalFresh и/или моей доли оплаты в программе Medi-Cal/34-округа CMSP.
- Я подтверждаю, что я получил копию прав, обязанностей и другой важной информации (SAWS 2A QR).

• Я также подтверждаю, что если я подал заявление на, или получаю денежную помощь, я получил копию следующих документов:

- Информационное извещение программы WTW (WTW 5)

(Инициалы получателя/заявителя)

- Я также подтверждаю, что если я подал заявление на Medi-Cal/34-округа CMSP, я получил копию MC 219/CMSP 219 и ее содержание было объяснено мне.

## ELIGIBILITY WORKER'S CERTIFICATION ЗАЯВЛЕНИЕ РАБОТНИКА

I certify that the applicant/recipient appears to understand:

- his/her rights and responsibilities and
- the penalties for giving incomplete or wrong facts, or for failing to report facts or situations that may affect his/her eligibility or benefit level for cash aid or CalFresh, and/or share of cost for Medi-Cal/34-County CMSP

I also certify that the applicant/recipient was given a copy of:

- The Rights, Responsibilities, and Other Important Information (SAWS 2A QR)

- For cash aid:

Welfare to Work Informing Notice (WTW 5)

- For Medi-Cal/34-County CMSP: the MC 219/CMSP 219 and that its contents were explained to him/her.

ПОДПИСЬ: (Родитель или родственник, присматривающий за ребенком, член семьи, получающей льготы CalFresh, или ее полномочный представитель, проситель/получатель помощи по программе Medi-Cal/34-округа CMSP

Дата

Подпись (Другой родитель, проживающий в доме)

Свидетель, если Вы подписались "X"

Дата

Подпись работника, определяющего право на помощь

Номер работника, определяющего право на помощь

Дата

# ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ О НАКАЗАНИИ

Если вы сознательно не сообщили всю информацию или дали ложную информацию, с целью получить или продолжать получать льготы, вы можете подвергнуться судебному преследованию и обвинению в уголовном преступлении, если было незаконно выплачено больше, чем \$400 в виде денежной помощи, льгот CalFresh, или покрытия Medi-Cal из-за того, что вы не сообщили всю информацию или изменения в доходе, собственности или семейном положении. Вы также можете быть дисквалифицированы от получения денежной помощи или льгот CalFresh.

## Дисквалификационные наказания Денежная помощь и льготы CalFresh

Дисквалификационные наказания вступают в силу после того, как слушание дела администрацией штата или суд установит, что человек совершил умышленное нарушение правил программы (IPV). Также, любое лицо, обвиненное в совершении IPV, может согласиться быть дисквалифицированным, подписав Договор согласия на административную дисквалификацию или Отказ от права на дисквалификационное слушание администрацией. Любое лицо, подписавшее одну из этих бумаг, теряет право на слушание дела и принимает на себя ответственность за выплату переплаченной суммы денежной помощи и/или льгот CalFresh.

## Наказания программы денежной помощи

Если вы не соблюдаете правила программы денежной помощи, вы можете быть оштрафованы на сумму до \$10,000 и/или получить тюремное заключение на срок до 5 лет.

Также, если вы будете признаны виновны судом или слушанием администрацией штата в совершении мошенничества определенных видов, ваша денежная помощь может быть остановлена на 6 месяцев, 12 месяцев, 2 года, 4 года, 5 лет или навсегда.

## Только льготы CalFresh

Если ваша семья получает льготы CalFresh, она должна соблюдать следующие правила:

- Не давать ложную или неполную информацию для того, чтобы получить или продолжать получать льготы CalFresh.
- Не менять или не продавать вашу карточку электронных расчетов EBT.
- Не подделывать карточку электронных расчетов EBT с целью получить льготы CalFresh, на которые вы не имеете право.
- Не использовать льготы CalFresh для приобретения товаров, не разрешенных программой, как например: алкогольных напитков, табачных изделий, бумажных или моющих продуктов.
- Не использовать чужую карточку электронных расчетов EBT для вашей семьи.

## Наказания программы CalFresh

Если вы не будете соблюдать правила программы CalFresh, ваши льготы CalFresh могут быть остановлены на 12 месяцев за первое нарушение, на 24 месяца за второе и навсегда за третье. Вы также можете быть оштрафованы на сумму до \$250,000 и/или заключены в тюрьму на срок до 20 лет. Если вы признаны виновным в любом суде или при слушании вашего дела судьей по административным делам по причине того, что:

- Вы продали либо обменяли льготы CalFresh на огнестрельное оружие, боеприпасы или взрывчатку, ваши льготы CalFresh могут быть остановлены навсегда за первое нарушение;
- Вы продали либо обменяли льготы CalFresh на контролируемые наркотические вещества, ваши льготы CalFresh могут быть остановлены на 24 месяца за первое нарушение и навсегда за второе;
- Вы продали либо обменяли льготы CalFresh стоимостью \$500 или более, ваши льготы CalFresh могут быть остановлены навсегда;
- Вы подали две или более анкеты на получение льгот CalFresh одновременно и представили округу ложное удостоверение личности или адрес, ваши льготы CalFresh могут быть остановлены на 10 лет.

### ЗАЯВЛЕНИЕ ПРОСИТЕЛЯ/ПОЛУЧАТЕЛЯ

- Я понимаю, что одно из назначений денежной помощи - это предоставление основных потребностей моей семье, включая жилище, еду и одежду.
  - Я понял мои права и обязанности и согласен выполнять все мои обязанности.
  - Я также понял наказания за дачу неполной или ложной информации или за несообщение фактов или информации, которая может повлиять на право получения льгот или размер льгот денежной помощи или льгот CalFresh и/или моей доли оплаты в программе Medi-Cal/34-округа CMSP.
  - Я подтверждаю, что я получил копию прав, обязанностей и другой важной информации (SAWS 2A QR).
- Я также подтверждаю, что если я подал заявление на, или получаю денежную помощь, я получил копию следующих документов:
    - Информационное извещение программы WTW (WTW 5)

(Инициалы получателя/заявителя)
- Я также подтверждаю, что если я подал заявление на Medi-Cal/34-округа CMSP, я получил копию MC 219/CMSP 219 и ее содержание было объяснено мне.

### ELIGIBILITY WORKER'S CERTIFICATION ЗАЯВЛЕНИЕ РАБОТНИКА

**I certify that the applicant/recipient appears to understand:**

- his/her rights and responsibilities and
- the penalties for giving incomplete or wrong facts, or for failing to report facts or situations that may affect his/her eligibility or benefit level for cash aid or CalFresh, and/or share of cost for Medi-Cal/34-County CMSP

**I also certify that the applicant/recipient was given a copy of:**

- The Rights, Responsibilities, and Other Important Information (SAWS 2A QR)
- For cash aid:
    - Welfare to Work Informing Notice (WTW 5)
- For Medi-Cal/34-County CMSP: the MC 219/CMSP 219 and that its contents were explained to him/her.

ПОДПИСЬ: (Родитель или родственник, присматривающий за ребенком, член семьи, получающей льготы CalFresh, или ее полномочный представитель, проситель/получатель помощи по программе Medi-Cal/34-округа CMSP

Дата

Подпись (Другой родитель, проживающий в доме)

Свидетель, если Вы подписались "X"

Дата

Подпись работника, определяющего право на помощь

Номер работника, определяющего право на помощь

Дата