

## ПРОГРАММА ДЕНЕЖНОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ ИММИГРАНТОВ РАЗРЕШЕНИЕ НА ВОЗМЕЩЕНИЕ ВРЕМЕННОЙ ПОМОЩИ, ВЫПЛАЧИВАЕМОЙ ШТАТОМ

ИМЯ, ФАМИЛИЯ (ПИШИТЕ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ)

НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ

Я подал заявление о получении общественной помощи в округе \_\_\_\_\_. Я понимаю, что если я подам заявление о получении помощи по программе денежной помощи для иммигрантов (CAPI), любая общественная помощь, выплаченная мне округом после того, как я подал прошение на CAPI и пока мое право на льготы CAPI определяется, считается временной помощью. (Помощь, финансируемая, даже частично, из фондов федерации или штата не будет считаться временной помощью.)

Учитывая любую временную помощь, выплачиваемую мне, я разрешаю юридическому лицу, ответственному за определение права на льготы и суммы льгот CAPI, возместить округу, путем вычета из моего первого платежа CAPI сумму временной помощи, выплаченной мне во время определения моего права на льготы CAPI. Сумма возмещения округу должна быть высчитана из моего первого платежа CAPI и не может превышать сумму этого платежа.

- Первоначальное требование начинается с месяца, когда я получил право на льготы CAPI и заканчивается в месяц, когда начались платежи CAPI;

или

- После определения права на льготы начинается с месяца, когда мои льготы CAPI восстановлены после периода ограничения или прекращения и заканчивается месяцем, когда платежи возобновляются.

Я понимаю, что после вычета суммы возмещения округу, юридическое лицо ответственное за определение права на льготы и суммы льгот CAPI немедленно выдаст или затребует выдачу платежа причитающейся мне разницы. Ответственное юридическое лицо выдаст или затребует выдачу платежа CAPI не позже, чем через десять (10) рабочих дней со дня определения моего права на льготы CAPI и суммы льгот.

Я понимаю, что если я считаю, что сумма, высчитанная из задолженной мне суммы платежей CAPI, больше, чем сумма, выплаченная мне округом \_\_\_\_\_ я имею право попросить о слушании моего дела администрацией департамента социальных услуг штата Калифорния. Если я желаю слушание, я должен подать требование в течение девяноста (90) дней с даты, когда мне было выдано первоначальное извещение об утверждении.

Я понимаю, что это разрешение вступает в силу немедленно, и потеряет свою силу в случае:

- Первоначальное требование По окончании одного (1) года со дня, когда лицо, ответственное за определение права на льготы CAPI и сумму льгот, получит эту подписанную форму, если я только не запрошу CAPI в течение этого времени, или одно из нижеперечисленного произойдет ранее; в таком случае, разрешение прекратится со дня происшествия:

- Штат произведет первоначальный платеж или восстановит мои платежи:
- Штат откажет в моем требовании и я своевременно не подам протест на это решение:
- Округ и я согласимся прервать этот договор.

или

- После определения требования По окончании одного (1) года со дня, когда лицо, ответственное за определение права на льготы CAPI и сумму льгот, получит подписанную форму или по окончании максимального периода, в течение которого можно попросить пересмотр определения или прекращения платежей CAPI, смотря, что позже, если я вовремя не попрошу о пересмотре или одно из вышеперечисленного произойдет ранее; в таком случае, разрешение прекратится со дня происшествия.

Сознавая ответственность по законам штата Калифорния за дачу ложных показаний, я заявляю, что информация, представленная в этом заявлении правдива, правильна и передана полностью.

ПОДПИСЬ ПРОСИТЕЛЯ ИЛИ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

ДАТА ПОДПИСИ