РАЗРЕШЕНИЕ НА ВОЗМЕЩЕНИЕ ПЕРВОНАЧАЛЬНОГО ПЛАТЕЖА ВРЕМЕННОЙ ПОМОЩИ ИЛИ НАЧАЛЬНОГО ПЛАТЕЖА ПОСЛЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРАВА НА ЛЬГОТЫ

ИМЯ	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ

АДРЕС	ГОРОД	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС

Для этой формы разрешения:

Термин "Штат" обозначает _____, которое является агентством временной помощи (Interim Assistance (IA)) округа в штате Калифорния с которым Департамент социальных услуг штата Калифорния заключил договор о предоставлении временной помощи и которое будет выплачивать вам социальную помощь.

Термин "льготы SSI/SSP (SSI/SSP benefits)" обозначает льготы Вспомогательной Социальной Программы/Вспомогательной Социальной помощи штата по акту социального обеспечения (Title XVI of the Social Security Act and State Supplementary Payment benefits, также Title XVI of the Social Security Act).

Что я разрешаю подписав эту форму, если я отмечу квадрат обозначенный "Только первоначальный платеж" (Initial Payment Only)?

☐ **Только первоначальный платеж**

Если будет определено, что я имею право на получение льгот SSI/SSP, я понимаю, что я разрешаю уполномоченному администрации социального страхования (SSA) отправить штату:

- Первый платеж льгот на мое первоначальное требование от программы SSI/SSP за прошедшее время или
- Сумму, равную сумме возмещения общественной помощи, которую штат и любое другое агентство штата Калифорния выплатило мне, когда закон ограничивает способ выдачи мне денег программы SSI/SSP.

Что я разрешаю подписав эту форму, если я отмечу квадрат обозначенный "Только первоначальный платеж после определения права на льготы" (Initial Posteligibility Payment Only)?

☐ **Только первоначальный платеж после определения права на льготы**

Если будет определено, что я имею право на получение льгот SSI/SSP, я понимаю, что я разрешаю уполномоченному администрации социального страхования (SSA) отправить штату:

- Первый платеж за прошедшее время, после определения права на льготы программы SSI/SSP, после временного прекращения платежей или прекращения льгот SSI/SSP, или
- Сумма, равная сумме возмещения общественной помощи, которую штат и любое другое агентство штата Калифорния выплатило мне, когда закон ограничивает способ выдачи мне денег программы SSI/SSP.

Как штат может быть компенсирован за общественную помощь, полученную мной, если я отмечу квадрат обозначенный "Только первоначальный платеж" (Initial Payment Only)?

Если будет определено, что я имею право на получение денег от SSI/SSP, SSA отправит SSI/SSP мой первый платеж за прошедшее время или сумму, приравненную к сумме возмещаемой общественной помощи, которую штат мне выплачивал, когда закон ограничивает способ выдачи мне денег программы SSI/SSP. Штат может:

- Вычесть из первого платежа SSI/SSP мне за прошедшее время сумму, равную сумме возмещения общественной помощи, которую штат и любое другое агентство штата Калифорния выплатило мне или для меня, когда закон не ограничивает способ выдачи мне денег программы SSI/SSP, или
- Сообщить SSA, чтобы они отправили сумму, равную сумме возмещения общественной помощи, которую штат и любое другое агентство штата Калифорния выплатило мне или для меня, когда закон ограничивает способ выдачи мне денег программы SSI/SSP,

за месяцы, которые начинаются с:

- с первого месяца, за который я имею право на получение платежа SSI/SSP

и заканчиваемые, включая:

- месяцем, в который начинаются платежи SSI/SSP или
- следующий месяц, если штат не может во время остановить последний платеж общественной помощи мне.

Штат не может быть возмещен за общественную помощь выплаченную мне, если фонды на эту помощь полностью или частично были взяты из федерального фонда.

Как штат может быть компенсирован за общественную помощь, полученную мной, если я отмечу квадрат обозначенный "Только первоначальный платеж после определения права на помощь" (Initial Posteligibility Payment Only)?

Если будет определено, что я имею право на получение денег от SSI/SSP, SSA отправит SSI/SSP мой первый платеж за прошедшее время или сумму, приравненную к сумме возмещаемой общественной помощи, которую штат мне выплачивал, когда закон ограничивает способ выдачи мне денег программы SSI/SSP. Штат может:

- Вычесть из первого платежа SSI/SSP мне за прошедшее время сумму, равную сумме возмещения общественной помощи, которую штат и любое другое агентство штата Калифорния выплатило мне или для меня, когда закон не ограничивает способ выдачи мне денег программы SSI/SSP, или
- Сообщить SSA, чтобы они отправили сумму, равную сумме возмещения общественной помощи, которую штат и любое другое агентство штата Калифорния выплатило мне или для меня, когда закон ограничивает способ выдачи мне денег программы SSI/SSP,

за месяцы, которые начинаются с:

- дня месяца, когда я снова получу право на получение платежей SSI/SSP после периода приостановления илиг прекращения предоставления льгот,

и заканчиваемые включая:

- месяцем, в который начинаются платежи SSI/SSP или
- следующий месяц, если штат не может во время остановить последний платеж общественной помощи мне.

Штат не может быть возмещен за общественную помощь выплаченную мне, если фонды на эту помощь полностью или частично были взяты из федерального фонда.

Может ли штат использовать это разрешение для первоначального платежа льгот SSI/SSP и первоначального платежа после определения права на льготы SSI/SSP ?

НЕТ. Я разрешаю штату использовать эту форму **только для одного вида платежа**. Если отмечены оба квадрата, эта форма не является обязательством ни для меня ни для штата. Если отмечены оба квадрата, штат и я должны подписать новую форму, в которой будет отмечен квадрат с только одним из видов платежа.

Является ли эта форма официальной регистрацией даты запроса льгот SSI/SSP?

Да. Если я отметил квадрат "Только первоначальный платеж", подписание этой формы является подписанным заявлением о моем желании запросить льготы SSI/SSP, если я не подал анкету SSI/SSP до даты, когда эта форма была получена штатом. Мое право на получение льгот SSI/SSP может начаться с даты получения штатом этой подписанной формы, если я подам анкету запроса льгот SSI/SSP в отделе социального обеспечения в течение шестидесяти (60) дней с этой даты. Эта форма также служит извещением от SSA, что у меня есть шестьдесят (60) дней с даты получения штатом этой формы для запроса льгот SSI/SSP. Однако, если я не подам запрос на получение льгот SSI/SSP в отделе социального обеспечения в течение шестидесяти (60) дней с этой даты, то я понимаю, что я аннулирую мое намерение получать льготы SSI/SSP и это разрешение более не защищает дату подачи заявления на получение льгот SSI/SSP.

На какое время это разрешение связывает обязательством меня и штат, если я отмечуо квадрат "Первоначальный платеж"?

Если я отмечу квадрат "первоначальный платеж", это разрешение связывает обязательством штат и меня на 12 месяцев, начиная с даты полученияпрограммой SSA подписанного разрешения, с учетом что SSA получит разрешение в течение тридцати (30) календарных дней со дня моей подписи. Если агентство, предоставляющее временную помощь, не известит SSA в течение тридцати (30) календарных дней о дате подписания разрешения, то это разрешение не связывает меня и штат обязательством. Однако, если агентство уведомит SSA об этом разрешении при помощи электронной почты, тридцать (30) календарных дней не начнутся до того дня месяца, с которого SSA требует штат передать электронные сообщения, что получено подписанное разрешение. Также, эта форма должна быть подписана представителем штата и мной и поставленна дата, чтобы договор стал действительным и чтобы штат получил право на получение возмещения временной помощи за платежи SSI/SSP. Кроме того, если я запросил SSI/SSP до того, как штат получит это разрешение или я запрошу SSI/SSP в течение 12 месяцев с даты, указанной выше или я своевременно подам запрос на административное или судебное рассмотрение в пероиод времени соответствующий правилам SSA, это разрешение сохранит силу даже после 12 месяцев до того, как:

- SSA произведет первый платеж льгот SSI/SSP за прошедшее время по моему первичному требованию; или
- SSA примет окончательное решение по моему иску; или
- И штат и я согласимся прекратить действие этого разрешения.

На какое время это разрешение связывает обязательством меня и штат, если я отмечуо квадрат первоначального платежа после определения права на льготы?

Если я отмечу квадрат "первоначальный платеж", это разрешение связывает обязательством штат и меня на 12 месяцев, начиная с даты получения программой SSA подписанного разрешения, с учетом что SSA получит разрешение в течение тридцати (30) календарных дней со дня моей подписи. Если агентство, предоставляющее временную помощь, не известит SSA в течение тридцати (30) календарных дней о дате подписания разрешения, то это разрешение не связывает меня и штат обязательством. Однако, если агентство уведомит SSA об этом разрешении при помощи электронной почты, тридцать (30) календарных дней не начнутся до того дня месяца, с которого SSA требует штат передать электронные сообщения, что получено подписанное разрешение. Также, эта форма должна быть подписана представителем штата и мной и поставленна дата, чтобы договор стал действительным и чтобы штат получил право на получение возмещения временной помощи за платежи SSI/SSP. Кроме того, если я запросил SSI/SSP до того, как штат получит это разрешение или я запрошу SSI/SSP в течение 12 месяцев с даты, указанной выше или я своевременно подам запрос на административное или судебное рассмотрение в пероиод времени соответствующий правилам SSA's, это разрешение сохранит силу даже после 12 месяцев до того, как:

- SSA произведет первый платеж льгот SSI/SSP за прошедшее время по моему первичному требованию; или
- SSA примет окончательное решение по моему иску; или
- И штат и я согласимся прекратить действие этого разрешения.

Какие права и апелляции доступны мне по этому разрешению?

Штат обязан:

1. Выплатить мне остаток от платежа SSI/SSP в течение 10 рабочих дней со дня оплучения ими платежа SSI/SSP.
2. Дать мне письменное извещение, объясняющее:
   - Сколько SSA выплатило штату за временную помощь мне;
   - Баланс, если есть, который должен быть выплачен, если только Акт Социального Обеспечения требует, чтобы SSA выплатило мне таковой. (В таком случае, SSA известит меня о том, как баланс будет выплачен мне); и
   - Что если я не буду согласен с действиями в отношении выплаты, временной помощи или любого действия, которое агентство, предоставляющее временную помощь, приняло в отношении этого разрешения, то мне будет предоставлена возможность слушания моего дела администрацией департамента социальных услуг штата Калифорния.

ПОДПИСЬ ПРОСИТЕЛЯ	ДАТА	
ПОДПИСЬ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ШТАТА	ДАТА	GR CODE

Если проситель поставил отметку вместо подписи, это должно быть засвидетельствовано двумя лицами. Они должны подписаться, указать свой адрес и дату подписи ниже:

WITNESSED BY/СВИДЕТЕЛЬ:			WITNESSED BY/СВИДЕТЕЛЬ:		
ADDRESS (#, STREET)/(АДРЕС (#, УЛИЦА):			ADDRESS (#, STREET)/(АДРЕС (#, УЛИЦА):		
CITY/ГОРОД	STATE/ШТАТ	ZIP/ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС	CITY/ГОРОД	STATE/ШТАТ	ZIP/ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС