

ИЗВЕЩЕНИЕ О ДЕЙСТВИИ

ОКРУГ

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

(ADDRESSEE)

┌ _____ ┐
 │ _____ │
 └ _____ ┘

Вопросы? Спросите Вашего работника.

Слушание администрацией штата: Если Вы считаете, что это действие неправильно, Вы можете попросить о слушании. На обратной стороне этой страницы объясняется, как это сделать.

Округ одобрил ваши транспортные расходы для деятельности по программе WTW* на период с _____ по _____.

- Мы не можем платить больше, чем \$ _____ на _____ миль за _____.
- Округ одобрил сумму в \$ _____ за _____, основываясь на стоимости проезда в общественном транспорте.
- Округ одобрил проездные билеты на автобус или билеты на сумму в _____ на _____.

Округ будет оплачивать транспортные расходы, только пока вы посещаете утвержденную для вас деятельность программы WTW:

Лимит оплаты транспортных расходов для вас рассчитан в этом извещении.

Оплата за расстояние может быть произведена только, если общественный транспорт не доступен или стоимость будет такая же или ниже, чем на общественном транспорте. Общественный транспорт доступен, если проезд до места деятельности и обратно без опозданий занимает два часа или меньше. Вы не можете учитывать время, которое необходимо для передвижения до школы или места присмотра за детьми и обратно. Если вы водите свою машину, даже если общественный транспорт доступен, вам будет выплачено по расценкам общественного транспорта или за мили, в зависимости от того, что ниже.

- Транспортные расходы вам будут: Выплачены авансом
- Выплачены за прошедшее время выплачены организации или лицу, представившему вам транспортные услуги.
 - Другое:

Если у вас есть вопросы, вы можете позвонить работнику пртограммы WTW.

<input type="checkbox"/> общественный транспорт	<input type="checkbox"/> мили на вашей машине
_____ тариф	_____ тариф
X _____ за _____	x _____ за _____
= \$ _____	= \$ _____

- стоянка \$ _____ месяц период обучения другое
- итого: задолженность в платежах с месяца _____ по _____

\$ 0 _____ месяц	\$ _____/_____
\$ _____/_____	\$ _____/_____
\$ _____/_____	\$ _____/_____
\$ _____/_____	\$ _____/_____
\$ _____/_____	\$ _____/_____
\$ _____/_____	\$ _____/_____
\$ _____/_____	\$ _____/_____
\$ _____/_____	\$ _____/_____
\$ _____/_____	\$ _____/_____
\$ _____/_____	\$ _____/_____
\$ _____/_____	\$ _____/_____
\$ _____/_____	\$ _____/_____

- итого: сумма за весь период \$ _____
- см. приложеную страницу с подробными расчетами

Правила: Применены следующие правила, с которыми Вы можете ознакомиться в вашем отделе социального обеспечения: MPP 42-750.112

ВАШИ ПРАВА НА СЛУШАНИЕ

- У вас есть право просить о слушании вашего дела администрацией штата, если вы не согласны с любым решением округа в отношении вашего статуса по программе Cal-Learn/Welfare to Work, вашей деятельности или вспомогательных услуг для вас.
- Просьба о слушании вашего дела не повлияет на денежную помощь получаемую вами от CalWORKs.
- У вас есть только 90 дней, чтобы попросить о слушании.
- 90 дней начинаются на следующий день после того, как мы дали или выслали вам извещение.

ПОКА ВЫ ОЖИДАЕТЕ РЕШЕНИЯ СЛУШАНИЯ

Если вы не согласны с решением округа насчет вашего статуса или деятельности по программе Welfare to Work:

- Вы не обязаны участвовать.
- Вы можете продолжать посещать не утвержденную самостоятельную программу, но мы не будем оплачивать никакие вспомогательные услуги программы Welfare to Work и не будем представлять никакие другие услуги.
- Вы можете продолжать или начать деятельность отличающуюся от предложенной вам, но мы не будем оплачивать никакие вспомогательные услуги программы Welfare to Work и не будем представлять никакие другие услуги.
- Вы не можете продолжать или начать деятельность, отличающуюся от предложенной вам, если эта деятельность предназначена только для участников Welfare to Work.

Если вы не согласны с решением округа в отношении вашего статуса или вашей деятельности в Cal-Learn:

- Вы не можете принять участие в программе Cal-Learn, если мы сообщили вам, что не можем представить вам услуги.
- Cal-Learn оплатит только вспомогательные услуги своей программы за деятельность, утвержденную программой Cal-Learn.

Для получения платежей за вспомогательные услуги вы обязаны участвовать в деятельности, назначенной вам округом.

Если вы не согласны с решением округа в отношении оплаты вам вспомогательных услуг и вы участвуете в назначенной вам деятельности, округ оплатит вспомогательные услуги следующим образом:

- Если мы сообщили вам, что сумма платежей уменьшится, то вы получите меньшую сумму.
- Если мы сообщили вам, что платежи будут поступать в другом виде, то вы получите платежи в другом виде.
- Если мы сообщили вам, что выплата платежей для вас остановится, вы не получите больше платежи даже, если вы станете участвовать в назначенной для вас деятельности.
- Если мы отказали в платежах до слушания, то вы не получите платежи, которые просите.

Если суммы выплачиваемых вам округом услуг, пока вы ожидаете слушания, недостаточно, вы можете перестать участвовать в деятельности.

Вы можете получить бесплатную юридическую помощь в ближайшей юридической консультации, в группе защиты прав получателей социальной помощи или в CCWRO.

Личное дело по слушанию: Если вы попросите слушание, отдел Слушаний Штата откроет личное дело. Вы имеете право видеть это дело. Штат может передать это дело в департамент Социальной Помощи, в департамент США по вопросам Здоровья и Гуманитарной Помощи и в департамент Сельского Хозяйства США. (W. & I. Code Section 10950).

КАК ПОПРОСИТЬ О СЛУШАНИИ ВАШЕГО ДЕЛА АДМИНИСТРАЦИЕЙ ШТАТА

Самый лучший способ попросить о слушании - это заполнить эту страницу. Сделайте копию обеих сторон этого листа для себя. Потом отправьте или отнесите его по адресу:

Если вы попросите, работник даст вам копию этой страницы. Другой способ попросить о слушании - это позвонить по номеру 1-800-952-5253. Если у вас нарушен слух и вы используете TDD, звоните: 1-800-952-8349.

ПРОСЬБА О СЛУШАНИИ

Я прошу назначить слушание в связи с действием департамента социального обеспечения _____ округа в отношении

(Отметьте квадрат с соответствующей программой)

Cal-Learn Welfare to Work

(Отметьте соответствующий квадрат)

Статус Деятельность вспомогательные услуги

Другое (перечислите) _____

Причина:

Отметьте здесь и добавьте страницу, если вам нужно дополнительное место.

Я хочу, чтобы нижеуказанное лицо представляло меня на слушании. Я разрешаю этому лицу видеть моё дело или прийти на слушание вместо меня.

Имя _____

Адрес _____

Мне нужен бесплатный переводчик.

Я говорю на: _____ языке.

Я прошу выслать мне копию этой страницы.

Мое имя: _____

(Пишите печатными буквами)

Адрес: _____

Номер моего дела: _____

Подпись: _____

Телефон: _____ Дата: _____