

ИЗВЕЩЕНИЕ О ДЕЙСТВИИ

ОКРУГ

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

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.

В оплате транспортных расходов по программе WTW* за период с _____ по _____ вам было

- ☐ отказано
☐ выделено меньше, чем вы просите

Причина:

- ☐ Вы уже получаете максимум того, что округ может вам платить, т.к.
☐ максимальный тариф за проезд в машине \$ _____ за _____.
☐ вам доступен общественный транспорт.
☐ программа WTW предоставляет свой транспорт.
- ☐ Вы участвовали в деятельности, которая не утверждена программой WTW.
- ☐ Расстояние до утвержденной для вас деятельности по программе WTW меньше, чем одна миля.
- ☐ Транспорт, который вы запросили не нужен для того, чтобы участвовать в деятельности программы WTW, утвержденной для вас _____.
- ☐ Другое:

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

Вы получите другое извещение, в котором будет показано, как округ рассчитал эту сумму.

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.

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