

ИЗВЕЩЕНИЕ О СКОРОМ ОКОНЧАНИИ 24-МЕСЯЧНОГО ЛИМИТА ВРЕМЕНИ ПО ПРОГРАММЕ WELFARE-TO-WORK (WTW)

ДАТА	
ОКРУГ	
ИМЯ ДЕЛА	
НОМЕР ДЕЛА	ДРУГИЕ УДОСТОВЕРЯЮЩИЕ НОМЕРА
ИМЯ РАБОТНИКА	НОМЕР ТЕЛЕФОНА РАБОТНИКА. ()

Вопросы? Обратитесь к вашему работнику.

ЭТО ИЗВЕЩЕНИЕ ПРЕДОСТАВЛЯЕТ ВАМ ИНФОРМАЦИЮ О ВАШЕМ 24-МЕСЯЧНОМ ЛИМИТЕ ВРЕМЕНИ ПРОГРАММЫ WTW.

По состоянию на _____ число, округ определил, что у вас _____, _____,

(ДАТА)

(ИМЯ УЧАСТНИКА ПРОГРАММЫ)

осталось _____ **месяцев** вашего 24-месячного лимита времени по программе WTW. Когда вы

(КОЛИЧЕСТВО МЕСЯЦЕВ)

используете все 24 месяца вашего лимита времени программы WTW, вам придется выполнять другие требования, чтобы продолжать получать помощь, если только вы не освобождены от программы WTW или имеете право на продление 24-месячного лимита времени программы WTW.

Начиная с вашего 25-го месяца вы должны соответствовать федеральным стандартам программы CaWORKs. По этим условиям вы будете должны участвовать то же самое количество часов в неделю, и будете должны выполнять основные почасовые требования. В приведенной ниже таблице указаны федеральные стандарты почасового участия в программе CaWORKs, включая общее количество часов, которое необходимо участвовать в неделю или количество часов, в течение которые необходимо выполнять основную деятельность.

Количество взрослых в семье (Группа, получающая помощь)	Общее количество часов, которое необходимо участвовать в неделю	Необходимое количество часов для выполнения основной деятельности
Одинокий взрослый с ребенком в возрасте до 6 лет	20	20
Одинокий взрослый без ребенка в возрасте до 6 лет	30	20
Полная семья (два родителя)	35	30

Основные мероприятия, в которых вы можете участвовать, включают в себя образование, работа, опыт работы, поиск работы и общественные работы. Некоторые виды деятельности ограничены по времени, в течение которого они могут считаться основной деятельностью. К этому относится поиск работы и деятельность относящаяся к подготовке к работе. Профессиональное образование и обучение могут учитываться, как основная деятельность только, если вы еще не использовали ваш 12-ти месячный лимит времени.

Если после того, как вы используете все 24 месяца лимита времени программы WTW, если вы не выполните все необходимые часы с допустимой основной деятельностью, получаемая вами денежная помощь будет уменьшена путем снятия вашей части дотации.

НЕМЕДЛЕННО ОБРАТИТЕСЬ К ВАШЕМУ СОЦИАЛЬНОМУ РАБОТНИКУ, ЕСЛИ:

- Вам нужно больше информации о федеральных стандартах требования участия в программе CaWORKs, которые вам необходимо выполнять после того, как вы используете весь 24-месячный лимит времени.
- Вы хотите изменить ваш план WTW, чтобы соответствовать федеральным стандартам программы CaWORKs. Это сохранит оставшиеся месяцы вашего 24-месячного лимита времени программы WTW.
- Вам нужно больше информации о месяцах, которые вы уже использовали.
- Вы считаете, что месяцы не должны быть учтены в 24-месячном лимите времени программы WTW.
- Вы считаете, что должны быть освобождены от участия в программе WTW и не запросили освобождение или вам нужна дополнительная информация об освобождении от участия в программе WTW. Вы также можете отправить вашему социальному работнику приложенную форму запроса на освобождение, которую вам надо подписать и поставить дату.
- Вам нужно больше информации о том, как запросить освобождение от вашего 24-месячного лимита времени программы WTW.

**ОБРАТИТЕСЬ К ВАШЕМУ СОЦИАЛЬНОМУ РАБОТНИКУ, ЕСЛИ ВЫ СЧИТАЕТЕ, ЧТО ЭТО ИЗВЕЩЕНИЕ
НЕПРАВИЛЬНО. ТАКЖЕ, ВЫ МОЖЕТЕ ЗАПРОСИТЬ АДМИНИСТРАТИВНОЕ СЛУШАНИЕ ВАШЕГО ДЕЛА. В
ФОРМЕ "ВАШИ ПРАВА НА СЛУШАНИЕ" НА ОБРАТНОЙ СТОРОНЕ ЭТОГО ИЗВЕЩЕНИЯ СКАЗАНО< КАК
ЗАПРОСИТЬ АДМИНИСТРАТИВНОЕ СЛУШАНИЕ ВАШЕГО ДЕЛА.**

ВАШИ ПРАВА НА СЛУШАНИЕ

Если вы не согласны с любым действием округа, вы имеете право запросить слушание вашего дела администрацией штата. У вас есть только 90 дней, чтобы попросить о слушании. 90 дней начинаются на следующий день после вручения или отправки вам этого извещения. Если у вас есть уважительная причина, из-за которой вы не могли попросить о слушании в течение 90 дней, вы все равно можете запросить слушание. Если вы сможете предоставить достаточное основание, слушание может быть запланировано.

Если вы попросите о слушании **до того, как действие по программам Cash Aid (денежной помощи), Medi-Cal (мед. помощи), CalFresh или Child Care (присмотр за детьми) вступит в действие:**

- Льготы Cash Aid или Medi-Cal останутся без изменений, пока вы ожидаете слушание.
- Льготы Child Care могут остаться без изменений, пока вы ожидаете слушание.
- Льготы CalFresh останутся без изменений до слушания или до окончания периода, на который одобряется помощь, в зависимости от того, что закончится раньше.

Если слушание решит, что мы правы, вы будете должны нам любые переплаченные суммы по программам Cash Aid, CalFresh или Child Care. Чтобы разрешить нам уменьшить или остановить ваши льготы до слушания, отметьте ниже:

Да, уменьшите или остановите: Cash Aid CalFresh
 Child Care

Пока вы ожидаете решения слушания по программам :

Welfare to Work:

Вы не должны принимать участие в деятельности.

Вы можете получать платежи по программе Child Care во время работы и для деятельности утвержденной округом до этого извещения.

Если мы сказали, что платежи на другие вспомогательные услуги остановятся, вы не получите платежи даже, если вы станете участвовать в деятельности.

Если мы сказали, что вы получите платежи на другие вспомогательные услуги, то они будут выплачены в сумме и виде, указанном в извещении.

- Для получения этих вспомогательных услуг, вы обязаны участвовать в деятельности, указанной округом.
- Если, пока вы ожидаете решения, сумма вспомогательных услуг, выплачиваемых округом недостаточна для того, чтобы вы могли продолжать участвовать в деятельности, вы можете прекратить посещать деятельность.

Cal-Learn:

- Вы не можете участвовать в программе Cal-Learn, если мы сказали, что не можем обслуживать вас.
- Мы будем оплачивать вспомогательные услуги программы Cal-Learn, только при посещении утвержденной округом деятельности.

ПРОЧАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Лица, получающие услуги от плана, который находится под руководством Medi-Cal: Действие этого извещения может остановить получаемые вами услуги от плана здравоохранения. Если у вас есть вопросы, обратитесь в организацию, предоставляющую вам услуги здравоохранения .

Медицинская поддержка и/или алименты на детей: Местное агентство по помощи детям бесплатно поможет вам взыскать алименты, даже если вы не получаете денежную помощь. Если они взыскивают алименты для вас в настоящее время, они будут продолжать это делать, пока вы в письменном виде не попросите их прекратить взыскания. Они будут высылать вам взысканные алименты, но будут удерживать суммы, срок уплаты которых истек и которые представляют долг округу.

Планирование семьи: Отдел социального обеспечения даст вам информацию по вашей просьбе.

Дело для слушания: Если вы попросите о слушании, отдел слушаний штата откроет для вас дело. Вы имеете право видеть это дело до слушания и получить копию позиции округа по поводу вашего дела, как минимум, за два дня до слушания. Штат может дать ваше дело о слушании Департаменту Социального Обеспечения и департаментам Здравоохранения и Гуманитарной Помощи и Социальных Услуг Соединенных Штатов. **(W&I Code Sections 10850 and 10950.)**

ЧТОБЫ ПОПРОСИТЬ О СЛУШАНИИ:

- Заполните эту страницу.
- Сделайте копии с обеих сторон этого листа для своего архива. По вашей просьбе работник сделает вам копии с этого листа.
- Отправьте или отнесите этот лист по адресу:

ИЛИ

- Позвоните по бесплатному номеру: **1-800-952-5253** или для лиц с нарушенным слухом или речью и пользующимся TDD, звоните бесплатно: **1-800-952-8349**.

Для получения помощи: Вы можете узнать о ваших правах о слушании или для направления на бесплатную юридическую помощь по бесплатному номеру телефона, указанному выше. Вы можете получить бесплатную юридическую помощь в местном отделении юридической помощи или в отделе защиты прав лиц, получающих социальную помощь.

Если вы не хотите идти на слушание сами, вы можете привести с собой друга или любое другое лицо.

ПРОСЬБА О СЛУШАНИИ

Я прошу о слушании по поводу действия Департамента Социального Обеспечения округа _____ в отношении:

Cash Aid CalFresh Medi-Cal

Другое (перечислите) _____

ПРИЧИНА: _____

Если вам нужно больше места, отметьте здесь и добавьте лист.

Я прошу штат предоставить мне бесплатного переводчика. (Родственник или друг не могут переводить вам на слушании.)

Мой язык или диалект: _____

ИМЯ ЛИЦА, КОТОРОМУ БЫЛО ОТКАЗАНО ВО ЛЬГОТАХ ИЛИ ЧЬИ ЛЬГОТЫ БЫЛИ ОСТАНОВЛЕНЫ ИЛИ ИЗМЕНЕНЫ

ДАТА РОЖДЕНИЯ _____ НОМЕР ТЕЛЕФОНА _____

АДРЕС _____

ГОРОД _____ ШТАТ _____ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС _____

ПОДПИСЬ _____ ДАТА _____

ИМЯ ЛИЦА, ЗАПОЛНИВШЕГО АНКЕТУ _____ НОМЕР ТЕЛЕФОНА _____

Я хочу, чтобы указанное ниже лицо представляло меня на слушании. Я разрешаю этому лицу ознакомиться с моим делом или прийти на слушание от моего имени. (Это лицо может быть вашим другом или родственником но не может переводить для вас.)

ИМЯ _____ НОМЕР ТЕЛЕФОНА _____

АДРЕС _____

ГОРОД _____ ШТАТ _____ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС _____