

ПОВІДОМЛЕННЯ ПРО СХВАЛЕННЯ ДЛЯ ПІЛЬГ CALFRESH

ОКРУГ

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

Дата повідомлення : _____
Справа _____
Прізвище та ім'я : _____
Номер : _____
Працівник _____
Прізвище та ім'я : _____
Номер : _____
Телефон : _____
Адреса : _____

(ADDRESSEE)

Виникли запитання? Запитайте у свого працівника.

Слухання на рівні штату: якщо ви вважаєте, що це рішення неправильне, ви можете вимагати слухання. На звороті цієї сторінки описано, як це зробити. Ваші пільги не можуть бути змінені, якщо ви вимагатимете слухання до того, як ця дія відбудеться.

ВАШУ ЗАЯВКУ НА ПІЛЬГИ CALFRESH СХВАЛЕНО.

Ваш початковий розмір допомоги становить: \$ _____ за _____. Ваш розмір допомоги для решти вашого сертифікаційного періоду становитиме \$ _____ від _____ до _____.

ЯКЩО ВИ ТАКОЖ ПОДАЛИ ЗАЯВКУ НА ОТРИМАННЯ ГРОШОВОЇ ДОПОМОГИ CASH AID і її ще не схвалено, ваші пільги CalFresh, можливо, буде зменшено або їх надання буде зупинено без додаткового повідомлення, якщо грошову допомогу cash aid буде схвалено.

- Ви отримуєте право на пільги CalFresh одночасно з правом на грошову допомогу cash aid.
- Пільги за перший місяць передбачають допомогу більше ніж за один місяць. Це пов'язано з датою схвалення вашої заявки.
- Пільги за перший місяць залежать від дати, коли ви подали заявку.

ОСКІЛЬКИ ВИ ОТРИМАЛИ ПІЛЬГИ CALFRESH ВІДРАЗУ, ми не вимагали від вас надати нам таке підтвердження:

Ви повинні надати нам це підтвердження до _____, інакше надання пільг CalFresh буде припинено. Ви не отримаєте додаткових сповіщень. Якщо надане вами підтвердження змінює ваше право або пільги, ми внесемо зміну. Ви **не** отримаєте попереднього повідомлення, перш ніж ми виконаємо цю дію.

Ваша родина, що отримує пільги за програмою CalFresh, може мати право на отримання субсидій на оплату комунальних послуг (State Utility Assistance Subsidy, SUAS). Якщо ваша родина має таке право, округ надасть субсидії SUAS у розмірі \$20,01. Це одноразова щорічна субсидія яка, якщо мати право на її отримання, надходить на ваш готівковий рахунок EBT. Якщо ви не маєте готівкового рахунку EBT, його буде відкрито для вашої картки EBT CalFresh. Вам нічого не треба робити для отримання нової картки, проте ви можете користуватися нею для покриття витрат, на які не розповсюджується програма CalFresh. Ця субсидія дозволяє округу використовувати для продовольчої допомоги найбільші відрахування на оплату комунальних послуг (Standard Utility Allowance-SUA). Цією сумою є розмірі \$20,01 можна скористатися за допомогою вашої картки EBT. Для отримання додаткової інформації зверніться до місцевого відділення.

Правила: Застосовуються такі правила:
Ви можете переглянути їх у своєму відділі соціального забезпечення.

ВАШІ ПРАВА НА СЛУХАННЯ

Якщо ви не згодні з будь-якою дією округу, ви маєте право подати запит на слухання. Для того щоб подати його, ви маєте тільки 90 днів. 90-денний період починається з дня отримання (поштою) цього сповіщення від округу. Якщо ви мали вагомні причини, які завадили вам подати запит на слухання в межах 90 днів, ваше право на слухання зберігається. Якщо ви повідомите про вагомні причини, слухання може бути заплановане.

Якщо ви подасте запит на слухання перед тим, як процедура щодо програм Cash Aid, Medi-Cal, CalFresh або Child Care буде здійснена:

- Умови програм Cash Aid або Medi-Cal залишатимуться такими самими протягом періоду очікування слухання.
- Послуги Child Care (соціального забезпечення дітей) можуть залишатися такими самими протягом періоду очікування слухання.
- Ваші пільги за програмою CalFresh залишатимуться такими самими до слухання або завершення періоду сертифікації, залежно від того, що відбудеться раніше.

Якщо згідно з рішенням слухання ми будемо праві, на вас покладатиметься зобов'язання оплатити нам усі отримані додаткові послуги за програмами Cash Aid, CalFresh або Child Care. Щоб ми зменшили або скасували пільги до слухання, поставте позначку:

Так, зменшити або скасувати: Cash Aid CalFresh
 Child Care

Протягом очікування на рішення слухання щодо:

Програми Welfare to Work:

Ви не повинні брати участь у діяльності.

Ви можете отримувати виплати на догляд за дитиною через роботу або діяльність, що були ухвалені округом перед сповіщенням.

Якщо ми повідомимо про скасування виплат за інші види допоміжних послуг, ви більше не отримуватимете виплати, навіть якщо продовжуватимете діяльність.

Якщо ми повідомимо про оплату нами інших допоміжних послуг, вони будуть оплачені у розмірі та способом, що будуть повідомлені у сповіщенні.

- Щоб отримати такі допоміжні послуги, ви повинні займатися діяльністю, про яку вам повідомить округ.
- Якщо розмір допоміжних послуг, оплачуваних округом, протягом очікування рішення слухання, буде недостатнім для участі, ви можете припинити займатися такою діяльністю.

Програми Cal-Learn:

- Ви не можете брати участь у програмі Cal-Learn, якщо ми повідомили про те, що не можемо обслуговувати вас.
- Ми оплачуватимемо допоміжні послуги Cal-Learn тільки щодо ухваленної діяльності.

ІНША ІНФОРМАЦІЯ

Учасники плану регульованого медичного обслуговування Medi-Cal: Процедура, зазначена у цьому сповіщенні, може скасувати для вас послуги плану регульованого медичного обслуговування. Якщо у вас є питання щодо послуг для учасників, ви можете звернутися до представників плану медичного обслуговування.

Допомога для дітей та/або допомога на медичне обслуговування: Місцева організація з питань забезпечення дітей допоможе вам безкоштовно отримувати допомогу, навіть якщо ви не берете участі в програмі Cash Aid. Якщо організація наразі отримує допомогу для вас, вона й надалі робитиме це, якщо ви не попросите її у письмовій формі припинити цю процедуру. Організація надішле вам зібрану поточну допомогу, але утримає прострочену виплату, що призначається для округу.

Планування родини: Заклад соціального забезпечення надасть вам запитану інформацію.

Справа для слухання: Якщо ви подасте запит на слухання, Відділ з питань слухань відкриє справу. Ви маєте право ознайомитися зі справою перед слуханням, а також отримати копію позиції округу щодо вашої справи у письмовій формі щонайменше за два дні до слухання. Штат може передати вашу справу для слухання у Департамент соціального забезпечення та Міністерства охорони здоров'я, соціального забезпечення та сільського господарства США (розділи кодексу щодо соціального забезпечення та закладів 10850 та 10950).

NA BACK 9 (Ukrainian) (REPLACES NA BACK 8 AND EP 5) (REVISED 4/2013) - REQUIRED FORM - NO SUBSTITUTE PERMITTED

ЩОБ ЗАПИТАТИ СЛУХАННЯ:

- Заповніть цю сторінку.
- Зробіть копію лицевого та зворотного боку цієї сторінки та збережіть її.
Якщо ви попросите, працівник зробить для вас копію цієї сторінки.
- Надішліть або віднесіть сторінку:

АБО

- Зателефонуйте безкоштовно: 1-800-952-5253 або для осіб з порушенням слуху або мовлення, які використовують TDD, – 1-800-952-8349.

Щоб отримати допомогу: Ви можете спитати про свої права щодо слухання або запитати юридичні послуги за номерами безкоштовних телефонів штату, що вказані вище. Ви можете отримати безкоштовну юридичну допомогу в місцевому офісі надання юридичної допомоги або інформації щодо прав на соціальне забезпечення.

Якщо ви не хочете йти на слухання самостійно, ви можете привести друга або іншу особу.

ЗАПИТ НА СЛУХАННЯ

Я хочу подати запит на слухання з приводу процедури Департаменту соціального забезпечення округу _____ стосовно:

- Cash Aid CalFresh Medi-Cal
 Інше (вказіть) _____

ПРИЧИНА: _____

- Якщо вам потрібно більше вільного місця, зробіть помітку та вклавіть сторінку.
- Мені потрібні послуги перекладача від штату безкоштовно (родич або друг не може надавати послуги перекладу під час слухання).

Мова (діалект), якою я володію: _____

ІМ'Я ОСОБИ, ЧІЙ ПІЛЬГИ БУЛИ ВІДХИЛЕНІ, ЗМІНЕНІ АБО СКАСОВАНІ

ДАТА НАРОДЖЕННЯ _____ НОМЕР ТЕЛЕФОНУ _____

ФАКТИЧНА АДРЕСА _____

МІСТО _____ ШТАТ _____ ІНДЕКС _____

ПІДПИС _____ ДАТА _____

ІМ'Я ОСОБИ, ЩО ЗАПОВНИЛА ФОРМУ _____ НОМЕР ТЕЛЕФОНУ _____

- Я хочу, щоб вищезазначена особа представляла мене під час слухання. Я даю цій особі дозвіл на перегляд моїх документів, а також на представлення мене під час слухання (цією особою може бути ваш друг або родич, але він не може надавати послуги перекладу).

ІМ'Я _____ НОМЕР ТЕЛЕФОНУ _____

ФАКТИЧНА АДРЕСА _____

МІСТО _____ ШТАТ _____ ІНДЕКС _____