

СПОВІЩЕННЯ ПРОГРАМИ CALFRESH ПРО ЗАВЕРШЕННЯ ДІЇ СЕРТИФІКАТА ДЛЯ РОДИН, У ЯКИХ УСІ ПОВНОЛІТНІ ЧЛЕНИ СІМ'Ї Є ОСОБАМИ ПОХИЛОГО ВІКУ АБО МАЮТЬ ІНВАЛІДНІСТЬ

ОКРУГ

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

Дата сповіщення: _____
Назва справи: _____
Номер справи: _____
Ім'я працівника: _____
Номер працівника: _____
Номер телефону: _____
Адреса: _____

(ADDRESSEE)

Виникли запитання? Запитайте у працівника, що займається вашою справою.

Слухання на рівні штату. Якщо ви вважаєте, що ці дії округу стосовно вас неправомірні, ви можете вимагати слухання. Докладніше про це див. на зворотній стороні цього аркуша. Пільги можуть надаватися вам і надалі, або їх розмір може залишитися незмінним, якщо ви вимагатимете слухання до моменту набуття чинності цим рішенням.

- Ваш сертифікаційний період для програми CalFresh (продовольчої програми) спливе _____.
- Проходження співбесіди необов'язкове. Але за бажанням ви можете її пройти. Для цього негайно зв'яжіться з відповідним працівником округу. Співбесіда, як правило, проходить у режимі телефонної розмови, але за вашим бажанням вона може відбутись у формі особистої зустрічі. Якщо у зв'язку з інвалідністю вам зручнішою буде інша форма співбесіди, повідомте про це працівника округу просто зараз.
- Заповніть повністю заяву й поверніть її в округ до першого числа останнього місяця сертифікаційного періоду:
- У разі повідомлення про зміни, які у вас відбулися, **просимо долучити доказ до заявки**. Подати документи, які засвідчують зміни, потрібно не пізніше дати завершення сертифікаційного періоду.
- Виходячи з наданої вами інформації, представники округу можуть винести рішення про необхідність проведення співбесіди з вами.
- Якщо ви бажаєте пройти співбесіду або округ прийняв рішення про її обов'язковість, вам буде надіслано листа з указаною датою співбесіди.
- Якщо ви бажаєте безперервно отримувати пільги, подайте заяву не пізніше 15-го числа місяця, на який припадає завершення сертифікаційного періоду. У разі проведення обов'язкової співбесіди або співбесіди за вашим бажанням, вона повинна відбутись не пізніше дати завершення сертифікаційного періоду. Крім того, до цієї ж дати потрібно подати всі документи, які засвідчують ваші доходи, витрати та інші відомості, повідомлені вами.

ВАЖЛИВІ ПРАВИЛА

- Якщо ви отримуєте пільги за програмою CalWORKs (програмою штату Каліфорнія з працевлаштування та відповідальності за дітей), але не змогли заповнити форму перегляду справи за цією програмою, ви не зможете отримувати пільги за програмою CalFresh для перехідного періоду.
- Нижче наведено перелік випадків, у яких вам доведеться зачекати до 30 днів до винесення остаточного рішення щодо заявки на повторну сертифікацію. Крім того, за перший місяць нового сертифікаційного періоду ви можете отримати пільги лише частково. Ви маєте право попросити обробити вашу заявку за 3 дні (послуга прискореної обробки), якщо в наданні допомоги виникає перерва:
 - Ви не подали заявку до 15-го числа місяця, на який припадає завершення сертифікаційного періоду.
 - Ви не встигли пройти співбесіду, призначену за вашим бажанням або на вимогу округу, раніше 10 днів до завершення сертифікаційного періоду.
 - Ви не подали документи, що засвідчують ваші доходи, витрати та інші відомості, надані вами, за 10 днів до дати співбесіди.
 - Ви не подали докази змін, про які повідомили в заявці на повторну сертифікацію, до завершення сертифікаційного періоду.
- Ви маєте право в будь-який час отримати форму заявки від Департаменту соціального забезпечення округу, який зобов'язаний прийняти вашу заявку. У заявці потрібно вказати в розбірливій формі повні дані П.І.Б., адресу та поставити власний підпис або підпис відповідальної особи, яка для вас заповнювала цю форму.
- Ви або уповноважений вами представник маєте право подати заяву на участь у програмі CalFresh за встановленою формою до Департаменту соціального забезпечення округу особисто, за допомогою пошти, факсу чи іншого способу передавання даних, який підтримується округом (шляхом пересилання електронною поштою або заповнення електронної онлайн-форми заявки на веб-сайті: <http://www.benefitscal.org>). Дата, з якої ви можете почати отримувати пільги, обчислюється від дати подання вами заявки до Департаменту соціального забезпечення округу. Ми приймаємо заявки, засвідчені електронним підписом, а також заявки з рукописним підписом, передані нам факсом або іншим способом електронного передавання даних. Для подання потрібної інформації вам буде надано 10 днів. Якщо вам потрібна допомога для отримання цієї інформації, повідомте про це працівника округу.

Правила. Застосовуються ці правила: розділи MPP (Інструкції про принципи та порядок надання пільг) програми CalFresh: 63-300.3, 63-504.25, 63-504.251, 63-504.6, 63-504.61. Ви можете ознайомитися з ними у своєму відділенні служби соціального захисту.

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 вкладіть 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