

# ПОВІДОМЛЕННЯ ПРО ПОВЕРНЕННЯ ВИПЛАТ ЗА ПРОДОВОЛЬЧОЮ ПРОГРАМОЮ CALFRESH, ЯКІ БУЛИ ЗДІЙСНЕНІ ЧЕРЕЗ НЕНАВМИСНІ ПОМИЛКИ РОДИНИ (ОСТАННЄ ПОПЕРЕДЖЕННЯ)

Дата повідомлення : \_\_\_\_\_  
Справа : \_\_\_\_\_  
Назва : \_\_\_\_\_  
Номер : \_\_\_\_\_  
Працівник : \_\_\_\_\_  
Прізвище та ім'я : \_\_\_\_\_  
Номер : \_\_\_\_\_  
Номер телефону : \_\_\_\_\_  
Адреса : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(ADDRESSEE)

Виникли запитання? Зверніться до працівника, що веде вашу справу.

**Слухання на рівні штату. Якщо ви вважаєте, що ці дії Округу стосовно вас неправомірні, ви можете вимагати слухання (якщо слухання стосовно цієї заборгованості ще не проводилося). Докладніше див. на зворотній стороні цього аркуша. Пільги можуть не зазнати жодних змін, якщо ви вимагатимете слухання до моменту набуття цим рішенням чинності.**

Ви особисто або член вашої родини допустили помилку. Ми повідомляли вас раніше про необхідність повернення виплат надлишкових пільг за продовольчою програмою CalFresh, що були надані:

- вам.  
 \_\_\_\_\_ (П. І. Б.), якого(-у) ви спонсоруєте.

Сума залишку вашої заборгованості складає \$ \_\_\_\_\_.

**Попередження.** Якщо ви вважаєте, що переплату визначено неправильно, ви маєте останню можливість вимагати слухання. Якщо ви отримуєте пільги за програмою CalFresh, за розпорядженням Округу їх розмір може бути зменшений із метою повернення переплачених коштів. Якщо ви припинили участь у програмі CalFresh раніше, ніж було повернуто переплату, Округ залишає за собою право забрати ваше відшкодування прибуткового податку для погашення заборгованості.

**ВИ НЕ ПОГОДИЛИСЯ ПОВЕРНУТИ ВИПЛАТУ:**

- Ви можете здійснити оплату повністю.
- Ви можете повернути виплату надлишкових пільг за програмою CalFresh відповідно до умов узгодженої Угоди про повернення виплат (форма CF 377.7C), яка додається.
  - Заповніть, підпишіть і поверніть нам Угоду про повернення виплат, що додається.
  - Ваша угода про виплати ґрунтується на вашій платоспроможності, установленій Округом. Будь-які зміни стану вашої платоспроможності можуть вплинути на ваші щомісячні платежі.
- Для повернення суми цієї переплати ви не повинні використовувати будь-які з отримуваних вами пільг за програмою додаткової соціальної допомоги (SSI).
- Якщо помилка вашої родини, яка початково вважалася ненавмисною, буде пізніше визнана умисним порушенням програми, до вас будуть застосовані штрафні санкції, навіть якщо ви повністю виплатите заборгованість.
- У випадку, якщо ви не погоджуєтесь платити, Округ змушений буде вдатися до інших способів стягнення заборгованості, зокрема в судовому порядку.
- Якщо Округу довелося звернутися до суду для стягнення суми заборгованості, вас також можуть зобов'язати сплатити судові витрати.
- У разі невиплати суми заборгованості Округ залишає за собою право забрати ваше відшкодування прибуткового податку на рівні штату, а також звернутися до суду, щоб накласти арешт на вашу заробітну плату чи будь-яке майно, яке перебуває у вашій власності.

**ВИ НЕ ПОВЕРНУЛИ ВИПЛАТИ ВІДПОВІДНО ДО ПОПЕРЕДНІХ ДОМОВЛЕНОСТЕЙ:**

- Якщо ви не маєте змоги здійснити оплату відповідно до попередніх домовленостей, повідомте нас про це. Обов'язково поясніть причини. Ви можете просити округ скласти новий графік виплат.
  - Заповніть, підпишіть і поверніть нам Угоду про повернення виплат (форма CF 377.7C), що додається.
- Якщо ви отримуєте пільги за програмою CalFresh і при цьому не надіслали нам нову Угоду про повернення виплат протягом 10 днів від дати цього повідомлення, пільги для вашої родини будуть скорочені до \$ \_\_\_\_\_, починаючи з \_\_\_\_\_.
- У випадку, якщо ви не здійснюєте виплату за попередньою домовленістю й не звертаєтесь до Округу з проханням змінити графік платежів, Округ залишає за собою право вимагати негайної сплати загальної суми заборгованості.
- Якщо помилка вашої родини, яка початково вважалася ненавмисною, буде пізніше визнана умисним порушенням програми, до вас будуть застосовані штрафні санкції, навіть якщо ви повністю виплатите заборгованість.
- У випадку, якщо ви не здійсните повернення коштів за попередньою домовленістю, Округ змушений буде вдатися до інших способів стягнення заборгованості, зокрема в судовому порядку.
- Якщо Округу довелося звернутися до суду для стягнення суми заборгованості, вас також можуть зобов'язати сплатити судові витрати.
- У разі невиплати відповідно до попередніх домовленостей Округ залишає за собою право забрати ваше відшкодування прибуткового податку на рівні штату, а також звернутися до суду, щоб накласти арешт на вашу заробітну плату чи будь-яке майно, яке перебуває у вашій власності.

**Правила.** Застосовуються ці правила. Ви можете ознайомитися з ними в місцевому відділі соціального забезпечення. MPP 63-801.21

## 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 \_\_\_\_\_