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

ОКРУГ

ПОВІДОМЛЕННЯ ПРОГРАМИ ТАЛОНІВ НА ХАРЧУВАННЯ ПРО ПРИПИНЕННЯ НАДАННЯ ТАЛОНІВ НА ХАРЧУВАННЯ

(Невиконання правила стосовно зайнятості для працездатних повнолітніх осіб без утриманців {ABAWD})

Дата повідомлення: _____

Назва справи: _____

Номер: _____

Ім'я працівника: _____

Номер: _____

Телефон: _____

Адреса: _____

(ADDRESSEE)

_____, починаючи з_____,
(ІМ'Я) (ДАТА)
надання вам талонів на харчування буде припинено, тому що ви отримували талони на харчування протягом
_____, _____, та _____,
(МІСЯЦЬ/РІК) (МІСЯЦЬ/РІК) (МІСЯЦЬ/РІК)

не дотримуючись правила стосовно зайнятості для працездатних повнолітніх осіб без утриманців (ABAWD).
Сума ваших талонів на харчування зміниться з $ _____ до $ _____.

ЯКЩО ВИ ВТРАТИТЕ ВАШІ ТАЛОНИ НА ХАРЧУВАННЯ, ВИ МОЖЕТЕ ЇХ ПОВЕРНУТИ, ЯКЩО

до _____, ви
(ДАТА)

- надасте підтвердження того, що ви виконуєте правила стосовно зайнятості для ABAWD.
  - Протягом принаймні 20 годин на тиждень ви повинні робити одне з нижчезазначеного:
    - Працювати,
    - Відвідувати школу або професійне навчання,
    - Поєднувати відвідування школи, навчання та роботи,
    - Працювати в обмін на пільги протягом кількості годин, визначених округом.
- Мати одну із нижчезазначених причин для звільнення від виконання правила стосовно зайнятості.
- Мати тимчасову причину (таку як: хвороба, догляд за хворим членом родини, термінові сімейні обставини, відсутність транспорту, проблеми з розмовою, читанням або писанням англійською мовою).
- Ви можете у будь-який час подати заяву на отримання талонів на харчування, якщо вас звільнено від виконання правила стосовно зайнятості або після _____, після того, як
  (ДАТА)
  завершиться ваш 36-місячний термін.

ДЛЯ ТОГО, ЩОБ БУТИ ЗВІЛЬНЕНИМ ВІД ВИКОНАННЯ ПРАВИЛ СТОСОВНО ЗАЙНЯТОСТІ, ВИ ПОВИННІ:

- Бути молодшими 18-ти або старші 50-ти років;
- Бути фізично або ментально непридатними для роботи;
- Дотримуватись правил програми з працевлаштування CalWORKs Welfare-to-Work;
- Доглядати за травмованою або хворою особою, яка потребуватиме вашої допомоги потягом більше 30 днів;
- Брати участь у програмі лікування алкоголізму або наркотичної залежності, що не дозволяє вам працювати 30 годин на тиждень і більше;
- Отримувати або подати заяву на отримання страхових виплат із безробіття;

У вас є додаткові питання? Зверніться до працівника, який веде вашу справу.

Слухання справи адміністрацією штату: Якщо ви вважаєте, що дана дія є неправильною, ви можете попросити про надання слухання вашої справи адміністрацією штату. На звороті даної сторінки написано, як це можна зробити. Ваші пільги не можуть бути змінені, якщо ви просите про слухання до того, як така дія відбудеться.

- Працювати або займатися власним бізнесом, принаймні, 30 годин на тиждень або отримувати заробіток за тиждень, що, принаймні, дорівнює мінімальній зарплаті у федерації, помноженій на 30 годин;
- Відвідувати школу, принаймні, половину відведеного часу;
- Бути вагітною; або
- Проживати в родині, що отримує талони на харчування, у якій живе неповнолітня дитина, навіть якщо вона не має права на отримання талонів на харчування.

ВИ НЕ ВТРАТИТЕ ТАЛОНІВ НА ХАРЧУВАННЯ, ЯКЩО

до _____, ви
(ДАТА)

- Надасте словесне та письмове підтвердження того, що ви виконуєте правила стосовно зайнятості для ABAWD.
- Ви звільнені від виконання правил (див. перелік на лівому боці «ДЛЯ ТОГО, ЩОБ БУТИ ЗВІЛЬНЕНИМ ВІД ВИКОНАННЯ ПРАВИЛ СТОСОВНО ЗАЙНЯТОСТІ»).
- Маєте тимчасову причину недотримання правила стосовно зайнятості (таку як: хвороба, догляд за хворим членом родини, термінові сімейні обставини, відсутність транспорту, проблеми з розмовою, читанням або писанням англійською мовою).
- Почнете виконувати правило, яке ви не виконували (див. правило стосовно зайнятості або зверніться до працівника, який веде вашу справу).

36-МІСЯЧНИЙ СТРОК

- Протягом 36-місячного строку ви можете отримувати талони на харчування лише протягом трьох місяців, якщо ви не дотримуєтесь правила стосовно зайнятості для ABAWD.
- Ви можете отримувати талони на харчування протягом ще трьох місяців, не дотримуючись правила стосовно зайнятості ABAWD, за певних умов.

ЯК ОТРИМАТИ ТАЛОНИ НА ХАРЧУВАННЯ НАЗАД

- Ви можете отримати назад ваші талони на харчування, якщо виконуватимете одне із зазначених вище правил стосовно зайнятості для ABAWD протягом 30 днів.
- Ви можете у будь-який час подати заяву на отримання талонів на харчування, якщо вас звільнено від виконання правила стосовно зайнятості або після _____, після того, як завершиться ваш 36-місячний строк. (ДАТА)

ПРАВИЛА: Застосовуються такі правила. Ви можете ознайомитися з ними у вашому місцевому відділі соціального забезпечення.
MPP Section ☐ 63-410; ☐ Інше _____.

ВАШІ ПРАВА НА СЛУХАННЯ

Ви маєте право просити про надання слухання, якщо ви не погоджуєтесь з діями округу. У вас є лише 90 днів, щоб попросити про слухання. Термін 90 днів розпочинаються у день, коли округ надав або відправив поштою це повідомлення.

Якщо ви просите про надання слухання до того, як дія по програмах Cash Aid (грошової допомоги), Medi-Cal (медичної допомоги), Food Stamps (талонів на харчування) або Child Care (догляду за дітьми) відбудеться:

- Пільги за програмами Cash Aid або Medi-Cal залишаться незмінними, поки ви чекатимете на слухання;
- Пільги за програмою Child Care Services можуть залишитися незмінними, поки ви чекатимете на слухання;
- Ваші пільги за програмою талонів на харчування залишаться незмінними до слухання або до завершення вашого періоду сертифікації, що станеться раніше.

Якщо рішення суду визнає нашу правоту, ви повинні будете відшкодувати переплачену вам суму за програмами Cash Aid (грошової допомоги), Food Stamps (талонів на харчування) або Child Care Services (догляду за дітьми).
Щоб ми могли зменшити або припинити надання вам пільг, відзначте, що саме:Так, зменшіть або припиніть надання:

☐ Cash Aid (Грошової допомоги) ☐ Food Stamps (Талонів на харчування)
☐ Child Care (допомоги по догляду за дитиною)

Поки ви очікуєте на рішення слухання стосовно програм:
Welfare to Work (програма штату Каліфорнія з працевлаштування):

Ви не повинні брати участь у діяльності.
Ви можете отримувати виплати по догляду за дитиною під час роботи або діяльності, затвердженої округом перед даним повідомленням.

Якщо ми повідомили вам, що платежі на інші допоміжні послуги припиняться, ви не отримаєте більше виплат, навіть якщо почнете діяльність.

Якщо ми повідомили вам, що оплатимо інші допоміжні послуги, вони будуть оплачені у сумі та способом, зазначеним у даному повідомленні.

- Для отримання цих допоміжних послуг ви повинні брати участь у діяльності, зазначеній округом.
- Якщо сума допоміжних послуг, яку сплачує округ, поки ви очікуєте на рішення слухання, є недостатньою для вашої участі у діяльності, ви можете припинити брати у ній участь.

Cal-Learn (програма штату Каліфорнія з надання освіти батькам-підліткам):

- Ви не можете брати участь у програмі Cal-Learn, якщо ми повідомили, що не можемо надати вам таких послуг.
- Ми будемо оплачувати лише допоміжні послуги програми Cal–Learn за участі у зазначеній округом діяльності.

ІНША ІНФОРМАЦІЯ

Особи, які отримують допомогу від плану медичного обслуговування під керівництвом програми Medi-Cal: Дія за даним повідомленням може припинити отримання вами послуг від плану медичного обслуговування. Ви можете звернутися до організації, що надає вам послуги з медичного обслуговування, якщо у вас виникли запитання.

Медичне обслуговування та/або аліменти на дітей: Місцева агенція допомоги дітям безкоштовно допоможе вам стягнути аліменти, навіть якщо ви не отримуєте грошової допомоги.Якщо вони зараз стягують для вас аліменти, вони продовжуватимуть це робити, поки ви письмово не попросите їх припинити цю діяльність.Вони пересилатимуть вам стягнуті аліменти, однак, вираховуватимуть суми, які ви заборгували округу, і строк виплати яких вийшов.

Планування сім'ї: Ваш місцевий відділ соціального забезпечення надасть вам інформацію на ваше прохання.

Справа для слухання:Якщо ви просите про надання слухання, відділ слухань штату заведе на вас справу.Ви маєте право побачити цю справу до слухання та отримати копію письмової позиції округу стосовно вашої справи, принаймні, за два дні до слухання.Штат може надати вашу справу для слухання Департаменту соціального забезпечення та Департаментам охорони здоров'я й соціального обслуговування і сільського господарства. **(W&I Code Sections 10850 та 10950.)**

ЩОБ ПОПРОСИТИ ПРО НАДАННЯ СЛУХАННЯ:

- **Заповніть цю сторінку.**
- Зробіть копію обох сторін цього листка для свого архіву.За вашим проханням працівник, який веде вашу справу, зробить вам копію.
- **Надішліть або віднесіть цей листок за адресою:**

АБО

- **Зателефонуйте за безкоштовним номером:**
  1-800-952-5253 або для осіб із порушенням слуху і мовлення, які використовують TDD, **1-800-952-8349.**

Для отримання допомоги: Ви можете спитати про ваші права про слухання або про скерування на безкоштовну юридичну допомогу, зателефонувавши за безкоштовним номером штату, зазначеним вище. Ви можете отримати безкоштовну юридичну допомогу у місцевій юридичній консультації або відділі захисту прав отримувачів соціальної допомоги.

Якщо ви не хочете йти на слухання самі, ви можете взяти з собою друга або іншу особу.

ПРОХАННЯ ПРО НАДАННЯ СЛУХАННЯ

Я хочу просити про надання слухання через дії Департаменту Соціального Забезпечення округу _____ стосовно:

☐ Cash Aid (Грошової допомоги) ☐ Food Stamps (Талонів на харчування)
☐ Medi-Cal (Програми медичної допомоги штату Каліфорнія)
☐ Іншого (перелічіть)_____

Причини: _____

☐ **Якщо вам потрібно більше місця, відзначте цей квадрат і додайте ще один листок.**

☐ Я прошу штат надати мені безкоштовного перекладача. (Родич або друг не може перекладати для вас на слуханні).

Моя мова або діалект:_____

ІМ'Я ОСОБИ, ЯКІЙ БУЛО ВІДМОВЛЕНО У ПІЛЬГАХ, АБО ПІЛЬГИ БУЛИ ЗМІНЕНІ ЧИ ЗУПИНЕНІ		
ДАТА НАРОДЖЕННЯ	НОМЕР ТЕЛЕФОНУ	
АДРЕСА		
МІСТО	ШТАТ	ПОШТОВИЙ ІНДЕКС
ПІДПИС	ДАТА	
ІМ'Я ОСОБИ, ЯКА ЗАПОВНИЛА ФОРМУ	НОМЕР ТЕЛЕФОНУ	

☐ **Я хочу, щоб особа, зазначена нижче, представляла мене на слуханні. Я дозволяю цій особі переглядати мою справу та прийти на слухання від мого імені. (Це <u>може бути</u> друг або родич, але він не може для вас перекладати).**

ІМ'Я	НОМЕР ТЕЛЕФОНУ	
АДРЕСА		
МІСТО	ШТАТ	ПОШТОВИЙ ІНДЕКС